(فهرسة الجزء الثانى من وسائل الابتهاج)

صحيفة

صحيفة

صحيفة

صحيفة

(تت)

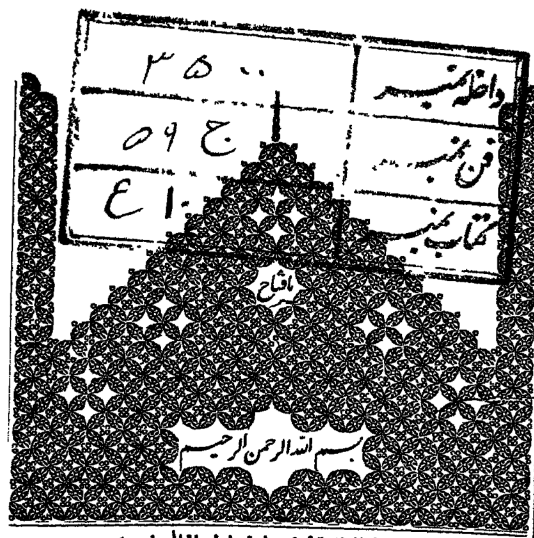
بيان صواب الخطا الواقع فى الجزء الثانى من وسائل الابتهاج

صحيفة	سطر	خطا	صواب
٢	٩	ان لتأثير	ان تأثير
٣	١٩	وكانا يعالجان	وكانتا تعالجان
١٨	١٧	لكلورورات	لكلورات (وقد تكرر)
٢٤	١٢	والغالب	و يندر
٤٢	٢٥	بان مقشأ	بان منشأ
٤٦	٦	مرض	مرضى
٤٨	٢٣	المواده	المواد
٥٧	١١	النقاطا	انقاطا
٨٨	٥	يهبوط	بهبوط
١٢٣	١٩	والبعلوم	والبلعوم
٢٣٢	١٩	ذا	ذات
٣٥٧	٢٧	احتباس	باحتباس
٣٦٨	١٧	الثلاث	الثلاثة

(تم)

الجزء الثانى من وسائل الابتهاج فى الطب الباطنى
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس
الدكتور حضرة عزتلو سالم
سالم بك معلم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
الطبية الطبية
المصرية

٢



(المقالة الثانية فى امراض الجهاز الهضمى)

(الفصل الاول فى امراض الفم)

(المبحث الاول فى النزلة الفمية) المعروفة بالالتهاب الفمى البسيط او النزلى

(كيفية الظهور والاسباب)

الغشاء المخاطى الفمى اكثر عرضة للمؤثرات المحدثة لالتهاب نزلى فى الاغشية المخاطية ولذا كانت النزلة الفمية كثيرة الحصول ومع ذلك فلم تطلق كلمة نزلة فمية على تغيرات الغشاء المخاطى الفمى المماثلة لتغيرات ماسواه من الاغشية المخاطية الا من مدة قريبة ومن المستغرب ان لتأثير البرد فى الجلد الذى كثيرا مايعقبه التهابات نزلية فى أغشية مخاطية اخرى يكاد لايعقب بالتهاب نزلى فمى

والمؤثرات المضرة المحدثة للنزلة الفمية هى

اولا المهيجات التى تؤثر بدون واسطة فى الغشاء المخاطى الفمى كنبت الاسنان فانه كثيرا مايكون سببا لحصول الالتهاب الفمى النزلى باشكاله الثقيلة جدا وكحدة حوافى الاسنان وقروحها وجروح الفم والاغذية الحارة او الباردة جدا اوذات الخواص الكيماوية الشديدة وشرب التبغ او مضغه

وكاستعمال

وكاستعمال الاستحضارات الزئبقية وذلك ليس بدلك اللثة بالمرهم الزئبقي او تعاطي هذه الاستحضارات من الفم سائلة او مسحوقة فقط بل كذلك بالدلك بالمرهم الزئبقي على سطح الجلد وتعاطي الحبوب الزئبقية ايضا وان احكم تغليفها وسبب ذلك ان الزئبق الذي يمتصه الجلد او القناة المعوية يفرز في باطن الفم من الغدد اللعابية فيحدث تهيجا او واسطيا في الغشاء المخاطي الفمي وكثيرا ما يحدث الالتهاب الفمي الزئبقي عقب تعاطي كمية قليلة من هذا الجوهر وعلة ذلك ان المواد الزئبقية المزدردة مع اللعاب تمتص في المعي ويتكرر ترددها في الفم قبل ان تنقذف خارج الجسم وعلى كل حال فدرجة تأثر الفم بالاستحضارات الزئبقية تختلف باختلاف الاشخاص فيكون الالتهاب الفمي عند بعضهم سريع الحصول وبطيئه عند آخرين كما ان الالتهاب الجلدي السطحي الذي يستعرفه بالاجزاء الزئبقية كذلك سريع الحصول عند اشخاص عقب استعمال الدلك بالمرهم الزئبقي بطيئه عند آخرين

وثانيا امتداد الالتهاب النزلي من الاغشية المخاطية للاعضاء المجاورة للفم الى الغشاء المخاطي الفمي كخروج الوجه والتهاباته خصوصا الحمرة الوجهية فانها تتضاعف بالنزلة الفمية غالبا وهذا الالتهاب الفمي النزلي التابعي هو السبب في اعتبار الحمرة الوجهية والذبحة البلعومية في الزمن الذي كانت تعتبر فيه تغطية اللسان السميكة علامة قوية على فساد الهضم ظاهرتين تابعتين لاضطراب وفساد معدي دائما وكانا يعالجان بحسب ذلك الاعتبار واما امتداد الالتهابات الانفية والشعبية النزلية الى الغشاء المخاطي الفمي فقليل الحصول واما اصطحاب النزلة المعدية بالنزلة الفمية حادة او مزمنة فكثيرة الحصول فقد ظهر من مشاهدة الشهير (بومون) عند مضاهاته الغشاء المخاطي المعدي في مريض (وهو القسيس مرتين الكنديارى) مصاب بناصور معدي بالغشاء الفمي ان تغيرات الاول تفضي الى تغيرات مقابلة لها في الثاني ويؤيد ذلك المشاهدات اليومية الا ان الالتهاب المعدي النزلي وان كان يصطحب غالبا بنزلة فمية لا يطرد العكس يعني ان كل نزلة فمية لا يلزم من وجودها الحكم بوجود نزلة معدية

وبذلك ان الالتهاب الفمى النزلى قد يكون غالبا عرضا لمرض بنى "عمومى فاما الامراض العمومية الحادة التى كثيرا ماتصطحب بتغيرات مخصوصة نزلية فى الغشاء المخاطى الفمى فهى التيفوس والقرمزية وسيأتى بيان ذلك عند الكلام على اعراض هذه الامراض واما الامراض البنية المزمنة التى تفضى الى النزلة الفمية والبلعومية بكثرة فهى الداء الزهرى والتسمم الزئبقى وجميع الامراض الحمية يكاد أن يكون فيها اللسان مغطى دائما بطبقة عارضية لكن لا يستنبط من ذلك ان كل حمى تصطحب بنزلة فمية

وقد تكون الاسباب المتممة لهذا المرض مجهولة فى كثير من الاحوال وذكر المعلم (فيقر) ان هذا المرض قد ينشأ عن طول السهر وعن الانفعالات النفسية ومن المشاهد استمرار النزلة الفمية عند بعض الاشخاص استمرارا مستعصيا عدة سنين بدون معرفة تأثير الاسباب المضرة

(الصفات التشريحية)

يندر مشاهدة تغيرات الالتهاب الفمى النزلى فى دوره الاول وانما يشاهد فقط الغشاء المخاطى عقب تأثير مهيج شديدا ونبت الاسنان الشاق احمر دا كنا جافا ابتداء ثم يتغطى فى دور الانحطاط بافراز متعكر لاختلاطه بخليات حديثة التكون ولا يشاهد الاحمرار الشديد ولا الجفاف بالكلية او يشاهد كل منهما وقتيا عقب تأثير المهيجات القليلة الشدة او فى الالتهاب الفمى النزلى المضاعف للنزلة المعدية الحادة

ويحصل بسرعة انتفاخ فى الغشاء المخاطى والمنسوج الخلوى الذى تحته وازديادا افراز مختلط بكمية عظيمة من خليات جديدة التكون والانتفاخ يكثر ظهوره فى حافتى اللسان وباطن الخدين فيظهر اللسان عريضا بحيث لا تسعه المسافة التى بين الاسنان فيظهر على جوانبه انبعاجات جانبية سطحية ويكون كل من باطن الخدين واللثة واللسان مغطى بمادة مخاطية متعكرة واكثر تراكم المادة المخاطية والخليات الجديدة التكوين يكون على الحلمات الخيطية فينشأ طلاء وسخ على سطح اللسان متفاوت السمك ويوجد فى النزلة الفمية المزمنة تغيرات شبيهة بالتغيرات المذكورة غير ان انتفاخ الغشاء

المخاطى فيها يكون اكثر وضوحا وقد تشاهد تحببات صغيرة كحب الشهدانج على اللسان بل وعلى باطن الخدين والشفتين وسقف الحنك وهى عبارة عن اجربة مخاطية منتفخة وتكون اللثة خصوصا اجزآها المحيط بالاسنان مغطاة بطبقة كثيفة من مادة مخاطية ثخينة مصفرة والحلمات الخيطية المستطيلة جدا تظهر كانها خيوط مبيضة فتكتسب اللسان هيئة خملية اوشعرية ويظهر بالبحث الميكروسكوبى ان معظم الطلاء اللسانى فى النزلة الفمية المزمنة متكون من خليات بشرية محتوية على كرات شحمية ومادة حبيبية دقيقة ذات لون اسمر وكثيرا ما تكون متلاصقة ببعضها على شكل صفائح مسمرة ويوجد فى هذا الطلاء جزئيات خيطية وهى امتدادات بشرية متقطعة من الحلمات اللسانية الخيطية يحتوى على كثير منها جزئيات فطر نباتى خيطى تكون بصيلاته محيطة بالصفائح البشرية القرنية على شكل قشرة حبيبية كما يوجد فيه كرات شحمية وأهداب خيطية وبقايا غذائية منعقدة

(الأعراض والسير)

لانضيف للعلامات المدركة المذكورة سابقا الايسيرا من الاعراض فنقول اما شكل النزلة الفمية الحادة الشديدة جدا فيوجد فيه المحرق ويوتر فى الفم ولذا يأبى الاطفال الضغط باسنانهم على الحلقات المتخذة من العاج اومن جذور البنفسج التى تعطى لهم ليعضوا عليها تسهيلا لنبات الاسنان ويبكون عند ملامسة الفم وعندما يريدون الرضاعة يتركون الثدى قهرا بتألم وصياح شديد وقد تحصل لهم فى بعض الاحوال تشنجات (يبالغ فى كثرتها العوام) تسمى بتشنجات التسنين يمكن ان يهلكوا منها بدون ان يشاهد تغيرات فى المراكز العصبية عند فتح الجثة فحينئذ تعتبر هذه التشنجات ظواهر عصبية انعكاسية بمعنى ان التهيج الشديد للاعصاب الحسية الفمية يسرى منها الى اعصاب الحركة بواسطة المراكز العصبية ولم يعلم هل حصول هذه الظواهر ناشئ عن النزلة الفمية الحادة اوعن التهيج اللاواسطى لاعصاب الحس الناشئ عن اندفاع الاسنان وثقبها اللثة راجع مبحث الاكلمبسيا فى الجزء الثانى

واما شكل النزلة الفمية الحادة المتوسطة الشدة المتصفة بازدياد فى الافراز

وتكون خليات جديدة بكثرة تشتكى المرضى فيه بطعم ردىء فى الفم يعبرون عنه غالبا بانه مخاطى او بحيبى وهذا الطعم فى الحقيقة ظاهرة عصبية لسببية فان الفسيولوجيين لا يعترفون الا بوجود طعم مرا وحمضى او حلو او ملحى والمرضى تحس بوجود طبقة مخاطية ملامسة للغشاء المخاطى الفمى فتجتهد فى قذفها بتكرار التنخم وحيث ان هناك طبقة سميكة بين الجوهر المذاق وبين الانتهاآت الدائرية لاعصاب الذوق فلا تتضح حاسية الذوق الا بواسطة الجواهر القوية الطعم وغالبا تشتكى المرضى بعدم نقاوة الطعم او بتفاهته وبمضغ الجواهر الصلبة يحصل تحسين وقتى فى طعم الفم بسبب زوال الطلاء المغطى للسطح الخاص بالذوق ومن المرضى من يشتكى بمرارة فى الفم والعوام يعتقدون ان هذه الظاهرة ناشئة عن انصباب الصفراء فى المعدة حتى ان بعض الاطباء يزعم ان هناك حالة صفراوية معدية لان الطعم المر فى أغلب الاحوال ليس الا عرضا محسوسا للمريض غير ناتج من جواهر ذات طعم مر بل انه تنوع فى حساسية الاعصاب الذوقية ولا يندر ان تشتكى المرضى بطعم نتن فى الفم وهذا التعبير يأباه الفسيولوجيون لانه غير حقيقى فان النتن لا ينشأ عن تنبيه اعصاب الذوق بل عن تنبيه اعصاب الشم التى تكون تفرعاتها الدائرية فى الطبقة المخاطية الانفية ملامسة للتصاعدات الغازية الآتية من الطبقة المتعفنة المغطية للسان والنافذة من الخياشيم فالطعم النتن بل الرائحة المنتنة ليست فقط عرضا محسوسا للمريض بل ان كثيرا من الاشخاص من يدرك هذا العرض فى المريض خصوصا وقت الصباح قبل الاكل ثم يزول بالاكل بمجرد ازدراد الطبقة البشرية المنتنة المتراكمة على اللسان والصداع الجبهى الذى يصاحب النزلة المعدية بكثرة يشك فى وجوده فى النزلة الفمية البسيطة

ثم ان مجموع الاعراض المذكورة كثيرا ما يوجد بدون تغير فى الهضم فان المرضى مع وجودها يحسون غالبا بجوع اعتيادى لكنهم يميلون لتعاطى الاغذية الحمضية أو المالحة او الافاويه التى تنبه الاعصاب الذوقية من خلال طبقة اللسان البشرية ولا يوجد غالبا علامة ما تدل على فساد المواد الغذائية اى عدم هضمها كما لا يوجد عقب الاكل احساس بضغط فى القسم

الشراسيفى ولا تجشؤ ولا علامة من علامات فساد الهضم واضطرابه ومع ذلك فان كلا من تغطى اللسان تغطية كثيفة ومرارة الطعم ونتن الفم ورائحته العفنة يحمل المريض على ان يظن أن عنده تكدرا فى الهضم فيستعمل المقيئات

واما النزلة الفمية المزمنة الخفيفة كالتى تشاهد عند المدمنين على شرب التبغ فلا يحس باعراضها المريض الا قليلا وذلك انه يوجد مع المرضى عند اليقظة طعم عفيفى فى الفم ورائحة متعفنة تنشأ من تراكم الجزئيات البشرية فيه مدة الليل غير أن هذه الجزئيات تنقذف بالتنخم بعد اليقظة بقليل ولا تشتكى المرضى بعد ذلك بشئ من هذه الظواهر ومع ذلك يميلون لاستعمال الاغذية الحريفة اكثر من غيرها من الاغذية القليلة التنبيه

واما الاحوال الثقيلة للنزلة الفمية المزمنة فتتأذى المرضى منها بكثرة وذلك انهم يلتجئون فى الصباح لكثرة التنخم والبصاق وكشط اللسان وتنظيف اللثة والاسنان من المواد المخاطية المتراكمة عليها بواسطة فرشة (او سواك مثلا) ويبقى طعم الفم متغيرا طول النهار ورائحته الكريهة مستمرة وتشتكى المرضى للطبيب بحالة تلبك مخاطى مستعص لم تؤثر فيه انواع المسهلات كحبوب اشترال وموريسون وشرب بعض المياه المعدنية ويقعون احيانا فى حالة ييوخندارية لكن بالتأمل يعرف ان تشكيهم مخالف لحالة صحتهم العامة وبسؤال الطبيب يتحقق انه يمكنهم تحمل جميع الاغذية حتى العسرة الهضم فعلى الطبيب التفطن لمثل هذه الاحوال للوقوف عليها ومعالجتها بما يناسبها

(التشخيص)

لا ينبغى ان يلتبس عليك الطلاء المغطى للسان فى النزلة الفمية بالطلاء الذى يوجد على مؤخر اللسان عند كثير من الاصحاء خصوصا فى الصباح فان هذا الاخير كما قاله المعلم ميكيل ينشأ مدة الليل من مرور الهواء من الانف والخياشيم وتبخيره للاجزاء السائلة الموجودة فى اجزاء الفم المجاورة لمحل مروره حتى ان جزئيات البشرة المخاطية التى تنفصل بالطبيعة على الدوام تجف وتكون طلاء وسخا على اللسان ويوجد كما قال الطبيب نبدهرد فى

رسالته التي الفها مضادة لتوجيهه تغطية اللسان الطبيعية بهذه الكيفية أمورا اخرى مهمة في كيفية حصوله وهي ان الطبقة البشرية المغطية لباطن الفم واللسان يعتريها تقلس مستمر ناشئ عن المؤثرات الميخانيكية التي تؤثر على السطح الظاهر من هذا الغشاء المخاطي عند التكلم او المضغ ومن الواضح ان تقلس الطبقة المذكورة يكون كثير الحصول بسرعة في المحال التي فيها يلامس اللسان بكثرة الاجزاء المحيطة به فيلامس بالجزء من سطحه العلوي سقف الحنك عند كل تغير في اوضاعه كما ان حوافيه تلامس باطن الاسنان عند كل حركة واما اجزاء اللسان الخلفية التي يتكون عليها طلاء اللسان الطبيعي غالبا فلا تلامس سقف الحنك الا عند حركات الازدراد ويستنبط من ذلك من جهة ان الصفيحات البشرية السطحية الكائنة على الاجزاء المقدمة من اللسان تنفصل بسرعة انفصالا تاما ومن جهة اخرى انها تنطرد بسرعة بخلافها في قاعدة اللسان فانها تبقى ثابتة زمنا طويلا وعند انفصالها لا تنطرد بسرعة سيما وان الامتدادات الحلمية تساعدها على البقاء

ثم ان اللسان في كثير من الامراض الحمية يكتسب طلاء مبيضا لكن لا ينشأ غالبا عن تزايد في تكون خليات جديدة كما في النزلة الفمية بل عن تناقص الافرازات الفمية بسبب تزايد الافرازات الجلدية بحيث ان الخليات البشرية تفقد رطوبتها وتظهر قليلة الشفوفة وزيادة على ذلك ان المحمومين يكونون فاقدين لشهيتهم فيمتنعون عن مضغ الجواهر الصلبة التي بها يسهل تنظيف الاخلية البشرية المكونة لهذا الطلاء فكما ان الاشخاص المنهوكين ذوي الجلد القحل يوجد عندهم تفلسات في البشرة وقشور بدون ان يكون هذا ناتجا عن ازدياد تكوين هذه الاخلية البشرية وانفصالها عن سطح الجلد كذلك يشاهد في الاحوال الحمية اتضاح الحلمات اللسانية القرنية وانفصال الطبقة البشرية الفمية بدون ان يكون ذلك ناشئا عن زيادة تكونها او انفصالها ومما يمنع التباس الطلاء اللساني في النزلة الفمية بطلائه في الامراض الحمية كون الغشاء المخاطي الفمي في النزلة الفمية ذا انتفاخ ورخاوة عكس ما في الامراض الحمية فان اللسان فيها يكون مسطحا ضيقا بل قد يكون مدميا والفم جافا والمرضى تشتكي فيها بعطش شديد وسيأتي تمييز

النزلة الفمية المجردة عن المصحوبة بنزلة معدية فى الفصل الثالث من المبحث الاول

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب الفمى النزلى جيد العاقبة وليس فيه ادنى خطر على الحياة الا اذا كان مصحوبا بالتشنجات عند التسنين ولو كان تعلقها به مشكوكا فيه واما النزلة الفمية المزمنة فعاقبتها اقل جودة من حيثية عدم راحة المريض واستعصائها على المعالجة ومع ذلك قد تزول بالمعالجة المستطيلة وامتثال المريض مع الصبر الجميل

(المعالجة)

اما المعالجة المبنية على معرفة الاسباب فلا يتيسر اجراؤها فى كل حال فان شق اللثة الموصى به فى التسنين الشاق مشكوك فى نفعه بل ربما كان مضرا فان الشقوق الصغيرة قد تلتهب عقب فعلها فتكون سببا فى تثاقل النزلة الفمية واما الاسنان ذوات الحافة الحادة فينبغى ازالتها واما الجروح الفمية وقروح الاسنان فيعالجان بما تقتضيه الصناعة واما شرب التبغ سيما فى السجارات الحارة فينبغى تركه وان كان لابد من الشرب فينبغى ابدالها بسجارات ذات تبغ بارد فى اقسام او شبكات طويلة وهو الاوفق وينبغى فى النزلة الفمية الناشئة عن استعمال الاستحضارات الزئبقية ايقاف استعمالها وازالة جميع ما كان على سطح الجلد من المرهم الزئبقى واما النزلة الفمية التابعية فتزول فى الغالب عقب شفاء الحمرة الوجهية او الذبحة البلعومية والنزلة المعدية وسنذكر بعد أن هذه النزلة الفمية لا تحتاج فى كثير من الاحوال لاستعمال المقيئات كما هو الجارى عند كثير من الاطباء فى الطب العملى فان ظهور اللسان بعد استعمال المقىء نظيفا ظهور وقتيا انما يحصل حصولا ميخانيكيا ولا يثبت به تحسين فى النزلة الفمية والمعدية واما النزلة الفمية الناشئة عن امراض بنية فتعالج بحسب المرض البنى الذى هو اصلها واما المعالجة الخاصة بالمرض نفسه فهى معالجة موضعية والشكل الذى تناسبه المعالجة الموضعية هو الشكل المزمن من هذا المرض الذى يوجد قائما بنفسه مستعصيا عن الشفاء حتى بعد زوال الاسباب الناشئ هو عنها فى

الادوية المجرب استعمالها فيه مضغ قطع صغيرة من الراوند مضغا بطيئا ولا تنسب منفعته فى مثل هذه الاحوال لتأثيره فى الغشاء المخاطى المعدى اذ لا تشاهد هذه النتيجة عقب تعاطى الراوند مطلقا فى حبوب رخوة سهلة الذوبان

وانجح الادوية التى تستعمل فى الشكل المزمن لهذا المرض المضمضة بمحلول كربونات الصودا اوشرب مياهها الطبيعية صباحا على الريق شربا مصا وعلة ذلك ان الكربونات القلوية من خواصها ان تقلل تماسك المواد المخاطية وتذيبها فان لم تنجح هذه المعالجة فيستعمل بغاية النجاح مس الفم بمحلول السليمانى المكون من قمحة الى اثنتين فى رطل من الماء كما اوصى به المعلم (فيقر) او محلول نترات الفضة قمحة على نصف اوقية من الماء كما اوصى به هنوخ ومنافع هذين الجوهرين فى النزلة الفمية لا تخالف المنافع التى يتحصل عليها فى نزلات اغشية مخاطية اخرى

(المبحث الثانى)

(فى الالتهاب الفمى ذى الغشاء الكاذب المعروف بالقلاع)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما يشاهد على الغشاء المخاطى الفمى لطخ عديدة مبيضة محاطة بهالة محمرة على هيئة حويصلات سطحية تنفصل عما قليل ويخلفها تسلخ سطحى يشفى بسهولة واغلب المؤلفين يعبر عن هذه الاصابة بالقلاع الفمى مع أن هذا اللفظ يطلق ايضا على غير هذا المرض من امراض الفم سيما التهاب الفم التقرحى والفسطى وقد اثبت المعلم (بون) مرتكنا على عدة من المشاهدات انه يوخز هذه النكت المبيضة ولو فى دورها الابتدائى لا يخرج منها ادنى سائل وحينئذ فلا تكون حويصلات بل تراكمات صلبة ناشئة عن مواد ليفية منتضحة على سطح السائب من الغشاء المخاطى اسفل طبقته البشرية وهذا التعبير وان كان واضحا وافقا لما ذكره كل من المعلم (روكتنسكى) و (فورستر) الا ان الاثارى من الاوفق تسمية هذا التغيير المرضى بالالتهاب الفمى ذى الغشاء الكاذب مثل ما يطلق ذلك عليه عند اصابته لاغشية مخاطية اخرى ولذا يسوغ تعريف القلاع بالالتهاب الفمى ذى الغشاء

الكاذب القاصر على اصفار محدودة من الغشاء المخاطى الفمى ويشاهد القلاع فى الاطفال ردىئى التغذية وقت التسنين وهو اهم اسبابه وكثيرا ما يصحب الحصبة وربما انتشر على شكل أوبية صغيرة فكانه سرى بالعدوى وقد يصاحب التهاب الفم التقرحى الغشائى

(الصفات التشريحية)

مجلس القلاع يكون غالبا فى النصف المقدم من اللسان وعلى السطح الباطن من الشفتين والشدقين وسقف الحنك وشكله يكون مستديرا فى حجم العدسة كثير العدد ويكون اما منعزلا او مختلطا وتنفصل ترا كمانه الغشائية السحابية والبيضاء المصفرة من الدائرة نحو المركز تدريجا وحينئذ تصير الهالة المحمرة اكثر عرضا وعند انفصال النضح انفصالا تاما لا يبقى تقرح بل مجرد تسلخ وتلك الصفة خاصة بالالتهاب ذى الغشاء الكاذب ومميزة له عن الدفتيرى والصفر المتسلخ يتغطى بسرعة بطبقة بشرية والقلاع لا يخلفه ندبة التصامية وباقى اجزاء الغشاء المخاطى الفمى يكون محل الالتهاب نزلى مصحوب بنضح مخاطى غزير وتكونات خلوية جديدة

(الاعراض والسير)

كثيرا ما يسبق بعدة ايام الطفح القلاعى بحمى وقلق وفقد شهية وعلامات النزلة الفمية وهذا المرض يصطحب بآلام شديدة تزداد بالاكثر عند الرضاعة او التكلم او المضغ والافراز مع ذلك يكون متزايدا ازديادا عظيما بحيث يسيل من فم الاطفال المنفتح نصف انفتاح سائل صاف مصحوب برائحة كريهة ناشئة عن فساد الاخلية البشرية المتراكمة ومواد النضح الالتهابى المتراكمة فى الفم سيما عند مضاعفة الالتهاب الفمى ذى الغشاء الكاذب بالدفتيرى وقد يمتد هذا المرض جملة اسابيع عقب تردده مرارا متكررة وعاقبة هذا المرض فى حد ذاته جيدة

(المعالجة)

قد اشتهر مع التحقيق كلورور البوتاسا بانه نوعى فى هذا المرض فانه باستعماله فى جميع الاحوال على هيئة محلول مائى (مركب من اربع قمحات الى ستة) فى كل مرة تعطى للمريض يحصل تحسين واضح وان لم يتحصل على

النتيجة المطلوبة باستعمال هذا الجوهر يلزم مس القلاع بحامول حمض ملح الطعام المخفف او الحجر الجهنمي

(المبحث الثالث)

في الالتهاب الفمي الدفتيري اي الغشائي التقرحي المعروف بنتن الفم التقرحي او تقرح الفم المنتن

(كيفية الظهور والاسباب)

يحصل في هذا الالتهاب كما ذكرناه مرارا نضح ليفي في جوهر الغشاء المخاطي بحيث ان الجزء المريض من هذا الغشاء يمتر به تتكرز عقب انضغاط اوعيته بواسطة هذا النضح وبعد انفصال الخشكريشة المتكونة التي تارة تكون جافة وتارة رطبة يخلفه فقد جوهر

ثم ان الالتهاب الفمي الدفتيري ينشأ عن استعمال المركبات الزئبقية استعمالا مفرطا مستمرا وقد يحصل بدون سبب مدرك سيما عند ذوي المعيشة الرديئة (من مطعوم وملبوس ومسكن) وهذا الشكل الاخير الذي هو كثيرا ما يحصل بكيفية وبائية منتشرة خصوصا في مأوى اللقطاء واليتامى وفي القشلاقات وغيرها من الاماكن العامة وفي المعسكرات غير القارة وينتشر غالبا فيهم بالعدوى

(الصفات التشريحية)

وفي الدرجات الخفيفة من الشكل الدفتيري من الالتهاب الفمي الزئبقي يوجد ابتداء في اصقاع محدودة من الفم سيما على حافات اللسان والاجزاء الملامسة للاسنان من الشدقين والشفتين تلون مبيض او مبيض وسخ في الغشاء المخاطي على شكل اللطخ يعسر ازالتها ثم ان كلا من طبقات هذا الغشاء السطحية والنضح المرتشح فيها ينفصل فينشأ في هذه الاصقاع تقرحات سطحية متغيرة اللون تنظف ببطء ثم تلتحم انتهاء من حافاتها وفي الدرجات الثقيلة من هذا المرض التي فيها يكون النضح مرتشحا في جميع طبقات الغشاء المخاطي ومفسدا لها يستحيل السطح الباطن من الفم في امتداد عظيم منه الى خشكريشة رخوة متغيرة اللون وعند انفصالها يظهر تقرح عميق ذو حافات غير منتظم وقاع غير مستو وفقد الجوهر لا يستعاض بالازرار

المحمية الايطاء وحيث ان الغشاء المخاطى الفاسد لايتكون ثانيا بل يحل محله من منسوج خلوى ندبى تبقى ندبه مشرذمة ولايندر ان يخلف ذلك التصاقات غير طبيعية اوانكلوز كاذب

وفى احوال نتن الفم التقرحى يبتدئ غالبا الارتشاح والتآكل فى مقدم اللثة وفى الاحوال الثقيلة يمتد التهتك من مقدم اللثة الى سطحها الخلفى والاجزاء الملامسة من الشفتين والشدقين واللسان وغير ذلك وحينئذ تتخلخل الاسنان بل قد يتعرى سمحاق عظم الفك ويتآكل فيعقب ذلك احيانا تسوس وتنكرز فى عظم الفك

(الاعراض والسير)

يصطحب الشكل الدفتيرى من الالتهاب الفمى الزئبقى بآلام شديدة جدا خصوصا عند انفصال الخشكريشة وتكون قروح وهذه الآلام تزداد جدا بالمضغ والتكلم ازدياد الابطاق وافراز كل من الغدد اللعابية والمخاطية يزداد كذلك ازديادا عظيما ولايكون للمريض قدرة على النوم فان الافراز ان لم ينقذف بحركة البصاق يسيل فى الحنجرة فيحدث منها اونوب اختناق وان كان المريض مضطجعا على احد جانبيه واستغرق فى النوم استيقظ بسرعة فيجد وسادته مبتلة باللعاب باردة والاجزاء المجردة عن الخشكريشات والقروح تكون مغطاة بطبقة سميكة مصفرة دهنية كاللسان واللثة لاسيما حول الاسنان ويتصاعد من الفم رائحة منتنة جدا ناتجة عن تعفن اجزاء الغشاء المخاطى المنفصلة الواقعة فى التنكرز وكون نتن الفم ناتجا عن تحلل رودان البوتاسيوم الذى هو من العناصر الطبيعية المكونة للعاب وتكون الادروجين المكبرت النوشادرى امر مشكوك فيه وكل من الآلام والسيلان من الفم والرائحة المنتنة لايزول الا تدريجيا ولو انقطع استعمال المركبات الزئبقية بل وفى الاحوال الخفيفة لابد وأن يمضى غاية ايام الى أربعة عشر لاجل تحسين حالة المرضى وصيرورتها مطاقة واما فى الاحوال الثقيلة فانه لابد وأن يمضى زمن اكثر طولا من ذلك حتى تأخذ حالة المريض فى الشفاء بل قد يخلف ذلك اضطرابات مستمرة كما بيناذلك فى المبحث السابق

ثم ان اللثة تكون فى ابتداء هذا المرض طبق الشرح (بوت) ذات لون احمر

دا كن منتفخة انتفاخا غطيما بسبب الاحتقان الشديد ويظهر أنها منفصلة عن الاسنان وتدمى باقل لمس وبعد استمرار هذا الدور يومين او اربعة يشاهد فى الحافة العليا منها لاسيما حول الاسنان القواطع او أضراس احدى الجهتين طبقة سنجابية غشائية وبالبحث عن هذه الطبقة بالدقة التى هى عبارة عن مادة فطرية يشاهد أنها ليست موضوعة على اللثة بل ناشئة عن تنكرز جوهر اللثة نفسه وبعد انفصال هذه المادة الفطرية التى نعتبرها اخشكريشة دفتيرية خلافا لما قاله المعلم (بون) يحصل فقد جوهر فى اللثة ويتكرر هذا الانفصال فى كل من سطح هذا التقرح ودائرته مادام المرض مستمرا حتى تتلاشى حافة اللثة المحيطة بالاسنان بالكلية وتتخلخل الاسنان العارية وتحصل تهتكات اخرى كما سبق ذلك وتكون العقد اللنفاوية المجاورة منتفخة مؤلمة وكل من الشدقين والشفتين فى مسامتة الاجزاء المريضة منتفخا انتفاخا وذيماويا ويتصاعد من الفم رائحة رمية ويسيل من الفم على الدوام لعاب مدمم وتصطحب حركة المضغ والشرب بآلام شديدة وتتحاشى المرضى من غلق فمها فلا يقتصرون على تبعيد الشفتين فقط بل هما والفكان معا حتى لا يحصل ادنى تلامس ومن المستغرب عدم حصول اضطراب فى الحالة العامة الا قليلا وكذا الشهية وقد توجد الحمى بقلة او تفقد بالكلية ثم ان هذا المرض يكاد يكون سيره على الدوام جيدا بالمعالجة اللائقة فتنفصل الخشكريشات الدفتيرية وتلتحم القروح المستخلفة عنها فى قليل من الزمن واما ان اهمل هذا المرض اولم يعالج بالمعالجة اللائقة فانه قد يستمر جملة اشهر الا انه يندر ان يكون مهددا للحياة وان حصل انتهاء محزن فيكون ذلك ناشئا عن مضاعفات اخرى

(المعالجة)

ينبغى للطبيب فى الشكل الدفتيرى من الالتهاب الفمى الزئبق ان ينبه المريض على طول مدة مرضه لكى يستعد لمكابداته وذلك اجود من ابهام الامر عليه لئلا يضيع عشمه من يوم لآخر بسبب انتظاره للشفاء ثم يستعمل تنظيف الفم بالمضامض المأخوذة من الماء البارد القراح او المضاف اليه النبيذ الاحمر من ابتداء المرض ثم تمس القروح بمحلول حمض الكرومية ردريك

المخفف او محلول نترات الفضة كما سبق فى المبحث الاول واهم من ذلك هو ان يعطى للمريض محلول من كرورات البوتاسيوم لكونه اجود من استعمال يودور البوتاسيوم وغيرها استعمالا باطنيا من الجواهر المضادة للتسمم الزئبقى ومس الفم بروح الكافور الذى هو كثير الايلام قليل الجدوى واقوى الوسايط تأثيرا مس القروح بالحجر الجهنمى صلبا زمنا فزمنا ولو كان كثير الآلام

واما كرورات البوتاسيوم فانه دواء نوعى فى نتن الفم المتقرحى كما فى قلاعه فيعطى منه للاطفال الذين هم دون سنة جرام كل يوم ولمن اكبر منهم سنا قدر نصف درهم وللبالغين من جرامين الى خمسة (اعنى من درهم الى اثنين) كل يوم فى مائة وخمسين جراما (اعنى ست اواق) من الماء فبهذه المعالجة تزول الرائحة المنتنة من الفم بسرعة بل والقروح تأخذ فى النظافة والالتئام بسرعة ومن النادر الالتجاء الى مس الاجزاء المتقرحة بنترات الفضة

(المبحث الرابع فى تسلخات الفم وقروحه)

(كيفية الظهور والاسباب)

يظهر على الغشاء المخاطى الفمى كل من القروح النزلية المعروفة بالتسلخات النزلية والقروح الجرابية فاما القروح النزلية المنتشرة فتكون صغيرة مستديرة سطحية ثم انا لا نعلم علة امتداد التكوين الخلوى الجديد الذى يحصل على سطح الغشاء المخاطى فى النزلة البسيطة ويمتد فى منسوج هذا الغشاء وفى اجربته فيحدث فيها استرخاء ولينا وفسادا وتكون خراجات صغيرة تستحيل بعد انفجار جدرانها الظاهرة الى قروح مستديرة صغيرة كما انا لا نعلم علة احداث الالتهاب النزلى لقروح نزلية فى الغشاء المخاطى الفمى فان القروح النزلية السطحية قد يكثر ظهورها احيانا خصوصا عند الاطفال وقد يندر ظهورها احيانا اخرى بحيث يظن فى انتشارها العدوى لانها قد تظهر على التعاقب عند كثير من افراد عائلة واحدة

واما القروح الجرابية فى الاشخاص من يصاب بها اصابة ثانوية دورية بدون سبب ظاهر وقد تظهر ظهورا دوريا منتظما كما شاهده بعض الاطباء

عند النساء مدة الحيض

وقد تظهر حويصلات صغيرة يعقبها تسلخات مؤلمة جدا بقرب طرف اللسان ويظهر أنها ناشئة عن اسباب مهيجة موضعية بحيث تظن المرضى انه حصل لهم احتراق فى هذا الصقر

وهنالك قروح غير منتظمة تظهر فى زوايا الفك العلوى والسفلى تنشأ عن تلاشى نضج لبنى مرتشح فى الغشاء المخاطى وتكاد تشاهد على الدوام عند الاطفال الساكنين فى المحال الرطبة غير الجيدة كبيوت الملتقطين ومارستانات الولادة

وقد تنشأ القروح الجدرية الفمية عن البثور الجدرية التى تكون فى باطن الفم وحصولها مثل حصول القروح الجدرية التى تظهر على الجلد والحويصلات الهربسية ايضا يمكن امتدادها لتجويف الفم فينشأ عنها قروح هربسية صغيرة فى ذلك التجويف

واما القروح التى تظهر على حافات اللسان وتكون ناشئة عن حدة حافات الاسنان والتى تظهر فى اللثة ناتجة عن التكونات الجربية فتخص علم الجراحة واما القروح الافرنكية والاسكربوطية للفم فنذكرها فى مبحث يخصها

(الصفات التشريحية)

اما القروح السطحية النزلية المنتشرة فمجلسها طرف اللسان وجوانبه وسطح باطن الشفتين والشدقين وتكون مستديرة سطحية فى حجم العدسة وكثيرا ما تختلط ببعضها فتكون اشكالا غير منتظمة وقاع هذه القروح يكون متغطيا بطبقة غشائية سميرة او مصفرة ضاربة الى البياض وحوافيها محمرة غير متغطية بهذه الطبقة والتحام هذه القروح يكون من الدائرة الى المركز ولا يبقى محلها ندب التحامية ويظهر زيادة عن ذلك فى بقية اجزاء الفم اعراض النزلة الفمية كازدياد افراز المادة المخاطية وتكوين اخلية جديدة

واما القروح الجرابية فمجلسها غالبا باطن الشفتين والشدقين ويندر ظهورها على اللسان فتشاهد اولا حويصلات لؤلؤية لماعة تنفجر بسرعة وتستحيل

الى قروح بيضاوية الشكل ذات قطر صغير وقاع هذه القروح يظهر مصفرا اودهنيا مغطى بنضح رقيق وحافات محمرة مرتفعة يابسة قليلا وقد لا يوجد منها الا قرحة واحدة وقد يوجد منها عدد عظيم

واما الحويصلات والتسلخات الصغيرة التى تظهر على طرف اللسان فلا تشاهد الا بامعان النظر ومتى انفجرت احداها ظهر ان الامتدادات البشرية للحلمات الخيطية قد انقطعت بحيث لا يرى الا تحال اصفار محمرة صغيرة قليلة الغور

واما القروح غير المنتظمة التى توجد فى زوايا الفكين فقد تشاهد فى كلتا الجهتين وقد يبلغ قطرها جملة خطوط ويكون شكلها غير منتظم وهى عبارة عن فقد جوهر فى الغشاء المخاطى يمتد الى المنسوج الخلوى الذى تحته وكثيرا ما ينشأ عن هذه القروح انتفاخات عظيمة فى العقد الليمفاوية العنقية

واما القروح الجدرية فتشاهد بكثرة على سقف الحلق اذ بعد انفجار البثور السطحية التى بها يبتدئ هذا الطفح تشاهد قروح سطحية مستديرة تلتحم بسهولة

واما القروح الهربسية فمجلسها باطن الشفتين وسقف الحلق وتنشأ عن انفجار بثور مجتمعة كبثور الطفح الهربسى وتكون سطحية سهلة الالتحام

(الاعراض والسير)

اما القروح التزلية السطحية فالغالب ان تكون مصحوبة بآلام شديدة تزداد بالتكلم والمضغ وكل من المواد المخاطية واللعاب يتزايد تزايدا عظيما بحيث يسيل من فم الاطفال على الدوام سائل صاف وتكون رائحة الفم منتنة بسبب تعفن الاخلية البشرية وهذا الشكل يسمى فى بعض البلدان بالالتهاب الفمى المنتن وهذه التسمية خطأ فانها تطلق ايضا على امراض فمية اخرى اكثر ثقلا من هذا المرض وهذه القروح تشفى بسهولة بالمعالجة اللائقة ولا خطر فيها اصلا الا فى الاطفال المنهوكين فانها فيهم تسرع بالانتهاء المحزن بسبب عوقها المضغ والتغذية

واما القروح الجرابية فتكون مصحوبة بآلام عند التكلم والمضغ وبقية اعراض النزلة الفمية ووجود القاع الدهني لهذه القروح وتيبس حافاتها كثيرا ما يورثان المرضى حالة فزع خصوصا من تقدمت اصابته منهم بقروح افرنجية وهذا الشكل يشفى بعد يسير من الزمن بالمعالجة اللائقة

واما الحويصلات والتسلخات التي تظهر على طرف اللسان فهي وان كانت متعبة قليلة الاهمية لانها تزول من نفسها بعد يومين او ثلاثة والتعب الذي يحصل من هذه الآفة ليس بنسبة التغيرات التشريحية القليلة والقروح التي في زوايا الفكين ينشأ عنها تعسر في التكلم والمضغ وتكون شديدة الالم عند اشخاص غير محسوسة عند آخرين وليست خطرة في الغالب وان كانت بطيئة الشفاء

واما القروح الجدرية والهربسية فالغالب ان تكون مصحوبة بآلام خفيفة

(المعالجة)

كل من الحويصلات والتسلخات الصغيرة التي تظهر في طرف اللسان يزول بسرعة متى حفظ الفم بعض أيام من المؤثرات المضرة كشرب التبغ وتعاطي الاغذية الحارة وغير ذلك

وفي القروح النزلية الفمية السطحية المنتشرة لا يكون لكلورورات البوتاسا تأثير نوعي كما يكون له في غير هذا المرض من أمراض الفم فالاجود مس هذه القروح بمحلول نترات الفضة او محلول السليماني الخفيف جدا فانه ناجح كنجاحه في معالجة بعض الامراض الجلدية بالاستحضارات الزئبقية

واما القروح الجرابية فينبغي في معالجتها الالتفات الى المضاعفات المعدية فيجب أولا ازالتها ثم علاج القروح المذكورة معالجة موضعية قوية وأجود الوسائط تأثيرا مسها بالحجر الجهنمي وان كان مؤلما مع استعمال كلورورات البوتاسا من الباطن ومس مثل هذه القروح بالحجر الجهنمي صلبا وان كان مؤلما الا انه اكيد النجاح سريعه

واما قروح زوايا الفكين فانها لا تستدعي معالجة باطنية وان كان بعضهم

أوصى فيها باستعمال كلورورات البوتاسا من الباطن وبالمس بالحجر الجهنمى او بحمض الخليك لمركز كما قاله (رلييه) و (بلدس)

واما القروح الجدرية والهربسية فلا تستدعى معالجة مخصوصة

(المبحث الخامس فى الآفات الزهرية الفمية)

(كيفية الظهور والاسباب)

اما القروح الزهرية الفمية الاولية واللطخ العريضة الاولية اعنى التى تنتج عن عدوى اولية فى الفم بواسطة السم الزهرى فيستكثر حصولها فى الفم طبقا للتجارب المستجدة على عكس ما كان يظن سابقا وأكثرها حصولا ما يشاهد فى فم الرضع عقب العدوى من حلمة ثدى المرضعة وقد تنشأ فى احوال اخرى عن عدوى لاواسطية فى الفم عقب الزناغير الاعتيادى (اى الايلاج فى الفم) او الثدى الصناعى او تقبيل اشخاص مصابة بقروح زهرية فى الفم وقد شاهدت عائلة اصيب منها عشرة اشخاص مختلفى السن بقروح زهرية ولطخ عريضة فى الغشاء المخاطى بالكيفية الاخيرة

واما القروح الزهرية الثانوية واللطخ العريضة اى التى تنتج عن تأثير ثانوى للسم الزهرى عقب انتشاره فى البنية وتأثيره فى الفم فتشاهد تهما فى باطن تجويف الفم ليس بنادر ويمتد من الحلق او زوايا الشفتين الى الاجزاء المجاورة لهما من باطن الفم واما الاصابات الثلاثية الزهرية فى الفم اعنى الاصابات التى تحصل فى آخر ادوار الداء الزهرى كالاورام الزهرية المعروفة بالزوائد الصمغية فتشاهد على اللسان وكثيرا ما تختلط بسرطان هذا العضو

(الصفات التشريحية)

كل من القروح الزهرية الاولية والثانوية واللطخ العريضة ينشأ عن تبدلات زهرية فى الغشاء المخاطى الفمى اعنى عن ارتفاعات حلمية فيه ثم يتعرا كم الخلية بشرية عليها يصير سطحها الظاهر مبيضا كانها قد مست بالحجر الجهنمى ثم يتكون عنها تسلخات او تقرحات عقب تلاش جزئى فى هذه الطبقة البشرية او درن عريض عقب نموها ومجلس القروح غالبا زاويتا الفم وتبقى سطحية فى هذا الجزء فكلما حصل فى زاويتى الشفتين تشقق

وكثيرا مايوجد حول دائرة هذه القروح درن زهرى صغير واما القروح التى تظهر على ظهر اللسان وجانبيه فتكون على هيئة تشققات كثيرة الغور أو قليلته وقاعها غير المنتظم يكون مغطى بمادة مبيضة سنجابية واما الدرن العريض فمجلسه الاعتيادى اما جانبا اللسان بان يكون على جانبيه ارتفاعات سطحية فى الغشاء المخاطى ويكثر تراكم البشرة المخاطية على سطح هذه الارتفاعات بحيث يكون سطحها الظاهر مبيضا واما ظهر اللسان بان يتكون عليه تولدات حلمية مفرطحة القاعدة مستديرة او بيضاوية ولا يندر عتبار الحلمات اللسانية المختلطة المتراكمة على قاعدة هذا العضو درنا عريضا زهريا كما يزعمه العوام والاطباء غير المتمرنين

واما اورام اللسان الصمغية الزهرية فانها تظهر غالبا فى ثلثه المقدم ففى الابتداء يشاهد جزء متيبس ينتفخ بسرعة ويستحيل الى بزور فى حجم القولة او الفندقة ثم يلين وينفجر فيما بعد ويعقب ذلك قرحة غائرة محدودة ذات حافات منفصلة متيبسة

(الاعراض والسير)

كل من القروح الزهرية الاولية والثانوية يحدث آلاما فى الفم عند التكلم والمضغ ويصطحب باعراض النزلة الفمية المزمنة المذكورة فى المبحث الاول وتشخيصها يستنتج من الوقوف على السوابق المرضية ومن الظواهر المدركة بالنظر التى ذكرناها فيما تقدم

واما الدرن العريض الذى مجلسه جانبا اللسان فلا يحدث الا آلاما قليلا للمريض بل قد لا يستشعر به الا اذا كان مستيقظا لظواهر مرضه بالكلية اذا تقدمت اصابته بالداء الزهرى وقد يزول من محل ويظهر فى آخر وقد يزول بدون معالجة بعد يسير من الزمن ثم يظهر ثانيا فانه ذو ميل للنكسة واما الدرن العريض الذى يظهر على ظهر اللسان فانه يعوق حركاته ويصير متعبا وتشخيصه بالنظر سهل حيث لا يمكن اختلاطه بغيره

واما الاورام الصمغية فى اللسان فتظهر بدون ايلام بل ولا ينتج من تقرحها زيادة الم الا انها تحدث عسرا فى حركات اللسان وثقلا فتعوق المضغ والتكلم واما القروح التى تعقب انفجارها فانها تكون مؤلمة عند ملامسة حافات

الاسنان لها والمطعومات اليابسة

(المعالجة)

الاصابات الزهرية الفمية تعالج على حسب القواعد المذكورة فى الجزء الثانى فان كلا من القروح الزهرية الاولية والثانوية واللطخ العريضة الفمية يزول سريعا باستعمال المركبات الزئبقية ولكن الطبيب متأكد من انها تتحسن بل وتزول بالكلية عند استعمال هذه المعالجة الزئبقية بسرعة لكن ينبغى الاحتراس من استعمال الاستحضارات الزئبقية عند تكرر نكسات الحلمات الزهرية فى الفم متى كانت هى العرض الوحيد للداء الزهرى وكذا الاورام الصمغية الزهرية فى اللسان فانها كذلك تشفى فى كل دور من ادوارها بواسطة المعالجة اللائقة

(المبحث السادس)

فى الآفات الاسكربوطية الفمية المعروفة بالحفر

(كيفية الظهور والاسباب)

تغير اللثة تغيرا مرضيا يعد من الظواهر الملازمة الابتدائية فى اكثر احوال المرض المعروف بالاسكربوط والتغيرات التى تكابدها اللثة شبيهة بالتغيرات التى تنشأ عن هذا المرض فى غيرها من المنسوجات ومجموع هذه التغيرات يفضى الى ان التغير حاصل فى جدر الاوعية لا فى الدم نفسه (فان ينبوع تغير الدم فيها غير معلوم ولم يثبت وجوده) وبهذا يسهل علينا توجيه منشا حصول النضوح المتنوعة والميل لحصول الانزفة التى تشاهد فى هذا المرض وسنذكر (ان شاء الله تعالى) الاسباب المحدثة للاسكربوط وتغير اللثة الملازم له فى الجزء الثانى

(الصفات التشريحية)

مجلس التغيرات الاسكربوطية فى الفم اللثة وحدها واجزاء اللثة الفاقدة للاسنان لا تصاب بهذه التغيرات كبقية اجزاء الفم ولذا ترى الاشخاص الفاقدين للاسنان لا يكابدون التغيرات الاسكربوطية الفمية اصلا ثم ان هذه التغيرات قد تكون قاصرة على جهة واحدة من الفم بل على محيط بعض الاسنان دون البعض الآخر وذلك انه يشاهد فى ابتداء هذا المرض حالة

محمرة على الحافة العليا من اللثة ثم تأخذ اللثة بعد يسير من الزمن في الانتفاخ وتكتسب لونا مزرقا كابيا خصوصا امتداداتها الزاوية الكائنة بين الاسنان فانها تنتفخ وتفقد التصاقها بالاسنان وهذا الانتفاخ الناتج عن ارتشاح اوزيماوى وانسكاب دموى في جوهر اللثة قد يعظم جدا حتى يجاوز الاسنان ويغطيها او يكون اوراما اسفنجية على سطح اللثة يبلغ احدها نصف قيراط بل ازيد من ذلك وقد يلين ظاهر سطح اللثة التى حول الاسنان اوقمة الاورام مدة سير المرض فيستحيل ماذكر الى مادة رخوة ذات لون كاب ينتج عقب قذفها فقد جوهر من اللثة والتسكر الذى يحصل في هذه الاجزاء ينشأ بحسب الظاهر عن توتر الاجزاء المرتشحة وتراعظيما وعن الضغط الواقع عليها حينئذ من الاسنان وعند الشفاء يزول انتفاخ اللثة فتنطبق على الاسنان وتعود الى لونها الطبيعى ثم في احوال نادرة يحصل مدة المرض تكون منسوج خلوى جديد ولذا تبقى اللثة بعد زوال انتفاخها متيبسة ندبية غير مستوية السطح اى انها تبقى ذات تحدبات

(الاعراض والسير)

انتفاخ اللثة العظيم يصير المضغ مؤلما جدا بل متعذرا في الغالب ويصير الافراز المخاطى واللعاب في الفم متزايدا وعند المضغ وادنى ضغط على اللثة يسيل منها انزفة وسوائل الفم تتعفن من اختلاطها بالدم فينتج عن ذلك رائحة منتنة كريهة وبهذه الظواهر مع منظر الفم وما فيه من التغيرات التى شرحناها نقف على حقيقة التشخيص خصوصا بانضمامها البقية اعراض الاسكربوط

(المعالجة)

كثيرا ما تعود اللثة المريضة الى حالتها الطبيعية بسرعة عقب معالجة لائقة بالمرض الاصلى والعادة ان تستعمل المضامض القابضة مع الوسايط الصحية والدوائية التى سنذكرها بعد عند معالجة المرض الاصلى واكثرها استعمالا روح حشيشة الملاعق وصبغة المر والراتانيا وكذا مغلى العفصاف والبلوط وقشور الكينا وقد شوهد في وباء تسلطن في مدينة براج حصول النجاح في تخلخل الاسنان الاسكربوطى بغسل الفم بالخل القاتر المضاف اليه يسير من

روح النبيذ وقد استعمل ايضا عند ارتقاء هذا المرض ممس اللثة بمخلوط مضاف اليه حمض الكلورايدريك وتحلل الاسنان المتخلف عن هذا الداء يزول باستعمال المغليات القابضة ومحاول الشب

(المبحث السابع)

في الالتهاب الفمي الفطري اوالقشطي (المعروف بالموجيت عند الفرانساويه)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الالتهاب كان يعتبر التهابا فيا نضحيا مخصوصا الى ان ظهر بالاستكشافات الحديثة وجود مواد نباتية طفيلية متكونة على سطح الغشاء المخاطي وهي ان لم تكن وحدها سببا لهذا المرض فهي اقوى اسبابه وهذا الفطر النباتي المسمى بالاديوم البيكانس كاسماه المعلم (روبين) لم يشاهد خارج الجسم ولم تعلم كيفية وصول جرثومته الى الفم وانما المحقق وجود اسباب مخصوصة لاجل تشبث جرثومته الطفيلية بالفم ونموها فيه وهذا المرض يوجد في الاطفال عقب الولادة بايام او اسابيع قلائل ويندر حصوله لهم بعد شهرين واما الاشخاص البالغون فلا يشاهد فيهم الا في الامراض الثقيلة المنهكة قبل الموت بزمن يسير فينتج من ذلك ان جرثومة هذا الفطر تنبت وتنمو بسهولة عندما يكون المضغ والازدراد ضعيفين بحيث ان هذا الفطر يمكن ان يتشبث وينمو في متحصلات انحلال الخلايا البشرية المتراكمة وبعض بقايا الاغذية المختلطة بها والظاهر ان الطبقة المخاطية المغشية للفم تمنع تشبثه ومتى وجد الغشاء المخاطي جافا في المولودين جديدا وكذا المنهوكين ساغ القول بتكون هذا الفطر احيانا من قبل فيهم وليس من القريب للعقل ان قلة افراز المواد المخاطية في الفم أول درجة من درجات الالتهاب الفمي النزلي في جميع الاحوال وان كان التهيج غير المعتاد الناشئ من الحركة الرضاعية كثيرا ما يكون سببا في حصول تهيج نزلي في الغشاء المخاطي الرقيق للاطفال المولودين حديثا ومما يستدعي نمو هذا الفطر قلة النظافة ولذا يكاد يصيب جميع الاطفال الموجودين في مارستانات المتقطين والولادة لما انه غالبا يهمل في نظافة افواههم التي يكاد يترتب عليها دائما عدم انتشار

هذا المرض
ثم انه وان نجح تلقيح القطر المذكور فى بعض الاحوال من فم طفل الى آخر تلقيحا الاواسطيا لا يمكن اعتبار هذا المرض من الامراض التى تنتشر باصل معد فانه ليس من الضرورى ظهوره فى شخص موجود بجوار شخص مصاب به بل الظاهر ان جرثومته منتشرة جدا وموجودة فى كل مكان بحيث يظهر وينمو متى وجدت الشروط المساعدة على نموه

(الصفات التشريحية)

يوجد على السطح الباطن من الشفتين واللسان وسقف الحلق نقط صغيرة مبيضة اوطبقة حلقية رقيقة وعند اشتداد المرض توجد مواد جبنية او دهنية منظرها كاللبن المنعقد ويسهل فى الابتداء فصلها من الغشاء المخاطى ثم تلتصق به التصاقا جيدا وهذا الطلاء الجبنى يمتد احيانا من الفم الى الحنجرة والغالب امتداده الى المرىء حتى ان هذا العضو احيانا يكون ممتلئا بمقدار عظيم من هذه المواد القطرية واستداد هذا المرض الى المعدة لا يكاد يشاهد مطلقا وبالبحث الميكروسكوبى فى هذه المواد الجبنية يرى انها مشتملة على اخلية بشرية حديثة وقديمة وكرات شحمية يتخللها خليات مخصوصة مستديرة وخيوط فالاولى اى الخليات يعرف بشكلها البيضاوى ودائرتها الواضحة وتجويفها الظاهر واختلاف حجمها وهى علامات نموها انها أخلية نباتية قطرية والثانية اى الخيوط التى تنشأ من هذه الخليات تختلف فى الغلظ وتكون ذات حواجز وانبعاجات يخرج منها فروعات على شكل زاوية حادة ذات قطر كقطر الخيوط الاصلية وهذه الخيوط تكون اشكالا شجرية منتظمة واذا كانت متراكمة على بعضها تكون على هيئة اللبد ومجلس هذه المواد القطرية فى الابتداء الطبقات السطحية من الطبقة البشرية المخاطية ثم تنفذ بين اخليتها وقد تنمو بندرة وتنفذ فى سمك الغشاء المخاطى

(الاعراض والسير)

الرضاعة للاطفال المصابين بالالتهاب الفمى القشطى تكون مؤلمة وكذا الاشخاص الآيلون للهلاك بالسل الرئوى او السرطان يشتكون بحرقان فى

الفم عند ظهور رهذا المرض فيهم ومن المشكول فيه ان آلام المرضى ناشئة عن تأثير المواد المذكورة فى الغشاء المخاطى اوعن حصول تهيج التهابى مصاحب لتكونها فى الغشاء المذكور محدث لتلك الآلام ومعين على نمو الفطر

وكثيرا مايشاهد فى الاطفال المصابين بهذا المرض اسهالات مصحوبة بالآلام فى البطن وخروج مواد سائلة مخضرة ذات خواص حمضية وكثيرا ماتحمر دائرة الشرج والاليتان والسطح الباطن من الفخذين بل قد يحصل فيها تسلخ سطحى ولكون هذه الاعراض تشاهد فى الاطفال الرضع بدون ان يكونوا مصابين بهذا المرض كالعكس اى انه يوجد فيهم هذا المرض ولا توجد تلك الظواهر اعتبرها بعضهم مضاعفات فى هذا المرض غير ملازمة له وبعضهم سيما (والكس) يعتبرها اعراضا ملازمة له والحكم فى ذلك عسر والذى يظهر ان الاسهال لاتعلق له فى كثير من الاحوال بالتولدات الفطرية الفمية لكن حيث ان اسهال الاطفال فى معظم الاحوال منسوب لتحللات غير طبيعية فى المواد الغذائية وان تكون هذه المواد النباتية الفطرية يحدث تحللات غير طبيعية فالذى يظهر ان جزأ عظيما من تلك الاسهالات ناتج عن وجود المواد الفطرية المكروسكوبية فى الفم ووصولها الى المعدة والامعاء

(المعالجة)

اكثر الامهات ولو الفطنات منهن لايعتنين بنظافة افواه الاطفال الرضع اللازمة لمنع حصول هذا الداء اعتناء كليا لانهن وان فعلن بهم ذلك فى الصباح وفى المساء يتركنهم ينامون وحلمة الثدى فى افواههم ثم يجذبنها بلطف مخافة ان يستيقظوا فيبقى فى افواههم كمية من اللبن فتفسد وتصير تجويف الفم مستعدا لظهور رهذا الفطر الفمى ونموه وربما ساعدهن على ذلك القوابل بجهلهن اوانهن لاهمالهن يخفين عن الامهات ان عدم النظافة هى السبب فى تكون هذا الفطر بل قد يعتقدن ان ظهور الفطر الفمى مرض غير مخوف بل معين على نجاح صحة الاطفال فيجب على الطبيب ان يوصى بتنظيف فم الاطفال بعد كل ارضاع مطلقا فى حال اليقظة او النوم

بنحو خرقة رقيقة مغموسة فى الماء القراح او الممزوج بقليل من النبيذ الاحمر فبهذه الكيفية تكاد الاطفال لا تصاب بهذا المرض اصلا

ومتى حصل الالتهاب القمى الفطرى يقتصر فيه على ازالة المواد الجبنية بكشطها بلطف واحتراس وتنظيف الفم تنظيفا جيدا والوسايط التى تجرى بها القوابل من ذر السكر فى الفم اومسه بمخلوط مركب من البورق ومعسل الورد غير جيدة فينبغى رفضها لانها تصير الفم لزجا وتعين على حصول الانحلالات غير الطبيعية فلا تمنع حصول هذا الفطر مطلقا والاسهالات المصاحبة له تعالج على حسب القواعد التى سيأتى بيانها

(تنبيه) ماذكره المؤلف فى معالجة انواع التهاب الفم المختلفة تقريبا كاف فى كل مبحث على حدته وانما لزيادة الايضاح فى معالجة كل نوع من التهاب الفم نذكر مع الاجمال معالجة بجميع هذه الامراض ونضيف الى معالجة كل مرض ماتحقق لنا منفعته فى العمل ولو ترتب على ذلك احيانا بعض تكرار بالنسبة لماذكره المؤلف فنقول

يجب على الطبيب فى معالجة انواع التهاب الفم مطلقا سيما فى الاطفال البحث عن حالة الاسنان والاجتهاد فى مساعدة حصول التسنين ومنع تعاطى التغذية بالمواد الحريفة او الساخنة او الباردة جدا مع الايصاء بالاغذية اللطيفة السائلة او الرخوة ومنع شرب الدخان فى اثناء المرض اذ بذلك مع استعمال مضامض ملينة او حضية خفيفة يحصل تحسين فى حالة الالتهاب بل ربما كان ذلك كافيا فى شفاء الالتهاب القمى النزلى البسيط

وشكل الالتهاب القمى المعروف بالقلاع قد تكفى فيه هذه المعالجة البسيطة لكن الاوفق فى هذا المرض فعل كى سطحى خفيف جدا بالحجر الجهنمى او بمحلوله فى الاصقاع المريضة لازالة الالم وسرعة الالتحام ويحتاج فى هذا الشكل الى الالتفات بالكلية للتغذية وحالة القناة الهضمية اذ كثيرا ما يكون القلاع متعلقا بتهيج فى الغشاء المخاطى المعدى المعوى الناشئ عن الاغذية الكثيرة الافاويه والازوتية المحضة ففى مثل هذه الاحوال ينبغى مع المعالجة السابق ذكرها استعمال اغذية لطيفة من اللحوم البيضاء وبعض الخضراوات اللطيفة وشرب بعض المياه المعدنية المسهلة وتجنب الاغذية

المعالجة الحريفة وفى هذا الشكل يعتبر كلوروات البوتاسا نوعيا كما نبه
عليه المؤلف فلابد من استعماله بالكيفية التى ذكرها فى مبحث القلاع واما
شكل التهاب الفم ذى الغشاء الكاذب والتقرحى ففيه ينبغى الالتفات
بالكلية لحالة الصحة العمومية وجعل المرضى فى اوساط صحية جيدة
وتبعيدهم عن بعضهم وعن السليمين احيانا اذا كان يخشى انتشاره بالعدوى
ويوصى فى هذا الشكل بالخصوص باستعمال كلوروات البوتاسا من
الباطن والظاهر على شكل غسل حيث ان نجاح هذا الجوهر الدوائى فى هذا
المرض مؤيد بالتجاريب واستعمال الغسلات به على شكل مضامض وان كان
لايخلو من الفائدة الا ان استعماله من الباطن بمقدار من درهمين الى ثمانية
فى ١٥٠ جراما او ٢٠٠ من الماء هو العظيم الفائدة اذ بهذه الكيفية تنفصل
الاغشية الكاذبة بسرعة وتأخذ التقرحات فى الالتئام واضاف بعضهم عند
استعمال محلول هذا الجوهر من الظاهر كؤل حشيشة الملاعق بمقدار ٢٠
جراما من الاخير على ٢٥٠ جراما من الاول وعند استعصاء هذا المرض
عن هذه المعالجة وتعاصى القروح عن الالتئام ينبغى الكى بالحجر الجهنمى
وهذا الجوهر الدوائى يستعمل كذلك بنجاح فى الالتهاب الفمى الزئبقى
الا انه فى هذا الشكل لا يقتصر عليه بل ينبغى المبادرة باستعمال معالجة
موضعية فى اللثة اما بمسحوق الشب او بحمض الكلورايدريك بواسطة
فرشة ويضم لذلك استعمال المسهلات مع التكرار بحسب الحال لاجل
استخلاص القناة الهضمية من الجواهر الزئبقية اذا كانت محتوية
عليها وعند تزايد اللعاب وشدة الالم يستعمل المركبات الافيونية وفى انتهاء
سيره تستعمل المضامض القابضة نباتية كانت او معدنية وان اعقب هذا
الشكل قروحا واستعصت عن الشفاء ينبغى مسها كذلك بنترات الفضة صلبة
اوسائلة او بحمض الكلورايدريك واما التهاب الفم الجبنى فلا نقول فيه بما
قاله المؤلف من عدم المنفعة لما رأينا فى كثير من الاحوال من نجاح
الغسلات القلوية مع استعمال مخلوط من اجزاء متساوية من معسل
الورد والبورق وعندما تكون التراكمات الجبنية منتشرة فى الفم ينبغى بعد
كشطها بفرشة مسها بنترات الفضة لاجل استئصالها ومع ذلك فنعترف بأن

الغسل بالماء مع النبيذ بعد نزع المواد الجبنية وحفظ نظافة الفم كاف في الاحوال الجيدة

وعند تسلطن حضضية القم وتعسر الازدراد الناتج من امتداد هذا المرض في المرىء ينبغي استعمال الغسلات والمشروبات القلوية كماء ويشي بانفراده او ممزوجا باللبن

(المبحث الثامن في التهاب اللسان)

(كيفية الظهور والاسباب)

اصابة الغشاء المخاطي المغطي للسان باشتراكها في الالتهاب النزلي من الفم سبق ذكرها فحينئذ لا نتكلم في هذا المبحث الا على التهاب جوهر هذا العضو مع شكلين سطحيين خفيفين من هذا الالتهاب حيث لم يكن لهما مشابهة حقيقية بالتهابات الاغشية المخاطية الاخرى

ففي التهاب جوهر اللسان يحصل النضح الالتهابي بين الالياف العضلية اللسانية غالبا واما نفس الالياف العضلية فالتهابها وتلاشيها نادر جدا راجع كيفية ظهور الالتهاب العضلي القلب

ثم ان هذا المرض نادر فلا يحصل الا عقب المؤثرات القوية في اللسان كالحرق ولدغ النحل والزنابير وتهييج اللسان بواسطة جواهر حريقة او كاوية

واما الالتهاب اللساني المجزئ في المزمن فينشأ في الغالب عن ضغط حافات الاسنان الحادة ومبادم التبغ الخشنة

واما اسباب الالتهاب اللساني التشققي فغير معروفة مثل اسباب الالتهاب اللساني السطحي الذي سماه بعضهم بسيوريازس الفم فان هذا الالتهاب عبارة عن ارتشاح في الغشاء المخاطي اللساني مع تكون طبقة بشرية تكونا مرضيا وقد شاهدت ثلاث مرات في الزمن الاخير هذا المرض الذي شرحه جيدا المعلم (ربير) في رسالته المؤلفة في امراض الجلد وسماه بيتريازس الفم

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب اللساني الجوهري الحاد فيعم جميع اللسان غالبا ويندر أن يقتصر على احدى جهتيه فيعظم حجم اللسان حتى يصل الى ضعف حجمه

الاصلي

الاصلي بل ازيد ويكون ذا لون احمر داكن وسطحه الظاهر املس او متشققا ومغطى بنضح لزج دموي غالبا وجوهر هذا العضو يكون رطبا رخوا باهتا فاذا حصل التحلل عاد اللسان الى حجمه ومنسوجه الاصليين وقد يبقى اللسان في بعض الاحوال على الدوام متيبسا ضخما وقد يتكون في سمكه في بعض الاشكال الثقيلة من هذا المرض خراجات صغيرة يعظم حجمها بعد وتختلط ببعضها ثم يتثقب الغشاء المخاطي وتخرج المواد الصديدية لتلك الخراجات ويحل الجوهر المفقود بسبب ذلك بلتحم فتخلفه ندبة متشععة منكمشة

واما الالتهاب اللساني المزمن الجزئي فتوجد فيه محال متيبسة محدودة على جانبي اللسان عديمة البروز او قليلته بل قد تكون على هيئة ندب جاذبة لما يحيط بها من منسوج هذا العضو جذبا تشععيا ويتلاشى الجوهر العضلي منه في هذه المحال ويحل محله تولدات من منسوج خلوي

واما الالتهاب اللساني التشققي فيكون اللسان فيه منقسما الى جملة فصيصات مختلفة كثرة وقلة بواسطة شقوق غائرة يجتمع فيها بعض مواد غذائية واخلية بشرية تكون سببا لتقرحات مستطيلة وكثير من هذه التشققات يكون عبارة عن مجرد تنيات في الغشاء المخاطي تشابه تنى الجلد الظاهر خصوصا ما يوجد بكثرة في وجه الاشخاص المتقدمين في السن

واما التهاب اللسان السطحي الذي شبهناه ببسوريازس الجلد الظاهر ففيه يكون الغشاء المخاطي ثخينا منتدملا ومتشققا بجملة شقوق وفي بعض المحال تكون طبقة اللسان البشرية متزايدة ازديادا مرضيا وفي بعضها الآخر تفقد بالكلية بحيث يظهر سطح اللسان املس لامعا فكأنه مغطى بطبقة ذات بريق ولمعان

(الاعراض والسير)

الالتهاب اللساني الحاد يكون اللسان فيه متزايد الحجم جدا بحيث يكاد ان لا يسعه الفم فيبرز من بين صفي الاسنان اللذين يكادان ان يكونا متباعدين عن بعضهما بقدر قيراط تقريبا ويكون سطحه العلوي مبيضا او ذا لون مسمر وسخ عندما يكون النضح المغطى له مختلطا بالدم وسطحه السفلي محمرا داكنا

وتستحيل بسرعة الانبعاجات الغائرة التى تطبعها الاسنان على جانبيه الى قروح ذات سطح شحمى ومن توتر هذا العضو بسبب انتفاخه العظيم يحصل الم شديد ويفقد حركاته بسبب الضغط الواقع على اليافه العضلية من النضح الالتهابى ويتعذر كل من المضغ والازدراد ويسيل اللعاب من الفم على جانبيه ومع ذلك فالسطح العلوى منه لايزال جافا لعدم تنديته باللعاب وابقاء الفم منفتحا بحيث يكون سطحه عرضة لتصاعدات بخارية قوية وتنتفخ العقد تحت الفك وكذا العقد اللينفاوية العنقية ويحصل عوق فى الدورة الودجية فينتفخ الوجه قليلا ويصير مزرقا وقد يحصل ايضا عوق فى التنفس عقب تضايق فوهة المزمار بسبب انتفاخ قاعدة اللسان ولذا تحصل احيانا نوب اختناق يمكن ان تؤدى الى هلاك المريض ويصطحب الالتهاب اللسانى الحاد بحمى شديدة وامتلاء فى النبض وضجر وقلق واضطراب عام ثقيل لكن حالة المريض تتغير عند استقرار عسر التنفس فيصير النبض ضعيفا ويحصل هبوط للمريض وتظهر الاعراض المنسوبة الى التسمم بحمض الكربونيك فاذا كان سير هذا الداء حميدا طبيعيا انحطت الظواهر المرضية تدريجيا وان عولج معالجة لائقة فكثيرا ما تنحط تلك الظواهر بغتة وان تكونت خراجات فى اللسان فان جميع الاعراض تزداد حتى يحصل انفجارها فتنحط بسرعة وتحصل الراحة التامة

واما الالتهاب اللسانى الجزئى المزمن فيحدث الما محدودا أصم واذا كان هنالك تقرحات فان الالم يصير محرقا والمحال المتيبسة من هذا العضو تعوق حركات اللسان وقد يستمر هذا المرض زمنا طويلا بحيث كثيرا ما يختلط بالسرطان

واما الالتهاب اللسانى التشققى فيكون مؤلما جدا إذا كان هنالك تسلخات بين فصيصات اللسان وعند التحامها لايبقى سوى الهيئة الفصيصية غير الطبيعية وهى لاتكدر المريض مطلقا

واما پسوريازس الغشاء المخاطى اللسانى فهو آفة مؤلمة مستعصية تمكث عدة أشهر بل سنين مصحوبة بثورانات مختلفة وفى اثناء ثوران هذا المرض لا يكون للمرضى قدرة على مضغ المطعومات الصلبة بل ولا شرب التبغ وكل

حركة اسنانية يعقبها الم شديد وفى اوقات اخرى تكون مكابدات المرضى قليلة جدا بحيث يتعشم فى الشفاء السريع

(المعالجة)

معالجة الالتهاب اللسانى الحاد ينبغى ان تكون قوية جدا بسبب الخطر الذى يمكن ان يترتب عليه والاستفراغات الدموية العامة والموضعية كارسال العلق على العنق ليس لها تأثير ووضع العلق على اللسان نفسه يزيد فى المرض كما انه لا منفعة للمصرفات على القفا ولا للمحولات على القناة المعوية بالمسهلات او الحقن المهيجة وانما الذى ينبغى اجراؤه هو فعل الشقوق الغائرة ممتدة على جميع ظهر اللسان وعند ازدياد الانتفاخ لا يخشى من جرح الشريان الثودى ويزاد على ذلك ان يعطى للمريض حال شدة المرض قطع من الجليد او الثلج فى فمه وعند انحطاط الداء لا تستعمل الا المضامض المرخية الفاترة وان خيف حصول الاختناق ولم تجد الشقوق الغائرة نفعا يمكن ان يلتجأ الى عملية القطع الحنجرى

واما معالجة الالتهاب اللسانى المزمن فيجب فيها ازالة خافات الاسنان الحادة ونحو ذلك فان لم تثمر وهو الغالب كان اجراء عملية الاستئصال هو الواسطة الوحيدة واما استعمال اليود والمياه المعدنية اليودية كما ينبوع اداهيد والمسهلات فلم يثبت بالتجارب نفعها ثبوتا تاما وانما استعمالها موسس على نظريات

واما معالجة الالتهاب اللسانى التشققى فيقتصر فيها على المس بنترات الفضة صلبة او محلولة

واما الالتهاب اللسانى السطحى فلا يثمر فيه تعاطى المركبات الزئبقية التى تستعمل خطأ ظنا ان هذا المرض ينبوعه الداء الزهرى بل يحصل من ذلك ازدياد فى المرض وقد شاهدت تحسينا عظيما واضحا فى احدى احوال هذا المرض الثلاثة التى شاهدتها بواسطة غسل الفم مرارا بالمضامض المأخوذة من حمض الكربوليك المخفف جدا مع المس به زمنا فزمنا مرارا كذا مع غاية الاحتراس

(تنبيه) حمض الكربوليك هو المعروف بحمض الفينيليك وهو جوهر

مضاد للتعفن ويستعمل فى احوال اخرى عديدة اكثرها من الظاهر كالجروح وغيرها من امراض الجلد

(المبحث التاسع)

فى غنغرينا الفم الضعفية المعروفة بالنوما وبالسرطان المائى للفم

السرطان المائى الفمى يعتبر شكلا من الغنغرينة ناشئا عن التهاب ضعفى طارئ على الجسم وهو فى حالة النهوكة فانه متى حصل تغير غذائى مفسد فى جزء من الاجزاء وكان مكابدا من قبل لاضطرابات عظيمة فى تغذيته كان نتيجة ذلك موت الجزء المصاب سريعا كما قاله (ورجوف) ولا يكاد يشاهد هذا المرض الا فى الاطفال المنهوكين اما لعدم كفاية التغذية اولرداءتها اولرداءة مساكنهم او مكابدتهم امراضا ثقيلة وكثيرا ما يشاهد عقب الامراض الثقيلة كالحصبة ويندر مشاهدته عقب غيرها من الحميات الطفحية الحادة اوعقب التيفوس اوالالتهاب الرئوى ويظهر ان استعمال المركبات الزئبقية فى معالجة الامراض السابقة له دخل عظيم فى حصول هذا المرض وكثيرا ما يبتدئ فى الظهور مع ظهور الالتهاب الفمى الزئبقى حالا وحصول هذا المرض فى الاقاليم الباردة اكثر منه فى الاقاليم الحارة ولا يظهر ظهورا وبائيا البتة

(الصفات التشريحية)

هذا المرض يكاد يبتدئ على الدوام فى الجهة الباطنة من الشدقين وحينئذ يصير الغشاء المخاطى اعلى الجزء الصلب المرتشح احمر داكنا ثم يتغير لونه بسرعة وكثيرا ما يظهر عليه حويصلة ممتلئة بمادة مصلية عكرة ويسود الصقر المصاب بسرعة ثم يلين ويتلاشى ثم تمتد الغنغرينة فى بقية المنسوجات فتنأ كل اللثة والشفتان وقاعدة اللسان وحافته المسامتة للجهة المصابة ويتعرى الفكان وتسقط اجزاؤهما على هيئة قشور اى تتفلس وتتخلخل الاسنان اوتسقط وعند تقدم هذا الداء يمتد الفساد الغنغرينى الى السطح الظاهر من الشدقين بسرعة بحيث يستحيل كل من الوجنة وجزء من الانف والجفن السفلى بل بقية احدى صفحتى الوجه الى مادة زغبية رخوة قطرية او الى خشكريشة جافة والاوعية الدموية اكثر المنسوجات مقاومة للوقوع

فى الفساد الغنغرينى فانها عند تشريح الجثة توجد غالبا مصونة الا انها
ممتلئة بتعقدات لمفية والاحوال النادرة التى يحصل فيها الشفاء تنفصل فيها
الاجزاء المتغنغرة وتخلفها ازرار لحمية ثم اثرندبية من منسوج خلوى لينى
وعلى الدوام تبقى التصاقات فى الفم وتشوهات عظيمة فى الوجه

(الاعراض والسير)

عند ابتداء الغنغرينة فى الوجه الباطن من الغشاء المخاطى الفمى يشاهد
(طبقا الشرح المعلم رليبه وبرتس) بدون الم ظهور ورم اوزيماوى
رخو مستو محدود فى الخد والشفة يمتد شيأ فشيأ ويشاهد فى مركزه نواة
متيبسة مستديرة مغطاة بجلد لماع ذى بقع باهتة او بنفسجية مرمرية
والطفل يرى فى حال سكون فى فراشه ولو كان الفساد الغنغرينى عظيما
واستحال كل من الوجه الباطن للخد واللثة الى خشكريشة عظيمة ويسيل
من الفم لعاب مدمم او مسود ومع ذلك لا يزال الطفل يلعب ويطلب الماء كل
ويأخذ ما يعطى له بشراهة عظيمة ويزدرده مع اللعاب وبعض القطع
المتغنغرة المنفصلة ومع ذلك يكون الجلد منتقعا باردا والنبض صغيرا قليل
التواتر ويحصل له مدة الليل هذيان وقد يتكون فى خده وشفته السفلى
خشكريشة محدودة جافة مسودة فى نحو اليوم الخامس او السادس تمتد
زمنا فزمنا الى ان تعم جميع احدى صفحتى الوجه ومع هذا كله فقد يكون
الطفل حافظا القواه ويطلب الاكل بل ينزع بيده بعض قطع غنغرينية من
تجويف الفم وعندئذ ط هذه الخشكريشة يصير منظر الوجه مفزعا جدا
فتشاهد بعض اهداب غنغرينية متعلقة بالوجنة وتشاهد الاسنان من
خلالها متعرية متخلخلة وكذلك الفكان فيشاهدان متعريين مسودين
ورائحة الفم حينئذ تكون منتنة جدا وتهبط القوى ويحصل اسهال وعطش
يكاد لا يطفأ ويكون الجلد باردا جافا والنبض صغيرا غير مدرك ويهلك الطفل
من النهوكة

وقد يحصل هذا الداء الشفاء فى أول ادواره بل وعقب سقوط الخشكريشة
الظاهرة تحدد الغنغرينة فيهبط الورم وتحسن الحالة العامة وينظف سطح
الجرح ويظهر التقيح الجيد

(المعالجة)

يستعمل فى هذا الداء من الباطن الاستحضارات الكينية وماء الكلور والفحم النباتى ونحو ذلك من الجواهر المضادة للعفونة

(تنبيه) من هذا القبيل غسل الفم بمحاول مخفف من بيرمنجنات البوتاسا جزء منه على ألف من الماء

لكن لا ثمرة لهذه الوسايط فان الايصاء باستعمال هذه الجواهر مؤسس على نظريات لا على تجارب والاجود الالتفات لحالة التغذية وللهواء الجيد وان يعطى للطفل مقدار قليل من النبيذ ثم تعالج الغنغرينة معالجة موضعية بحسب القواعد العامة الجراحية وقد اوصى فى هذا الداء باستعمال جميع الكاويات لكن اشهرها الحديد المحمى والغرض منه افساد الاجزاء المتغنغرة واحداث التهاب مع ردفعل فى الاجزاء المحيطة به تحد الغنغرينة وتنفصل

(المبحث العاشر)

(فى التهاب النكفتين وما جاورهما)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب النكفة بقطع النظر عن أحوال التهابها الجرحى اى الناشئ عن جروحها او اجسام غريبة تقف فى قنواتها الناقلة او تراكمات حجرية تكونت فيها وتلك أحوال تخص علم الجراحة يميز له شكلان شكل ذاتى اى اصلى وشكل عرضى ويسمى بالمتاستازى اى الانتقالى

وقد اعتبر الشهير (فرجوف) مخالفا للآراء المتفق عليها ان القنوات الصغيرة اللعابية للغدة النكفية هى منشأ هذا المرض وقد اثبت ذلك صريحا بالنسبة للالتهاب النكفى العرضى بل والظاهر ايضا ان الاصابة الاولية للقنوات المذكورة بالنسبة للالتهاب النكفى الذاتى اقرب للعقل من اصابة جوهر الغدة نفسه الكائن بين هذه القنوات ومتى وافقنا هذا الشهير واعتبرنا ان الالتهاب النكفى الذاتى ينشأ عن التهاب نزلى فى القنوات اللعابية ليس له ميل للتقيح وأن العرضى ينشأ عن التهابها النزلى الذى يميل للتقيح بالكلية ظهر لنا ان اعراض هذا المرض وسيره وما يعبر عنه بالانتقال فيه قبل الانبهام

بخلاف ما اذا اتبعنا آراء القدماء فى كون جوهر الغدة نفسه هو منشأ هذا المرض ومجلسه الحقيقى

أما الشكل الذاتى فالاغلب ان يكون حصوله وبائيا ويندر ان يكون افراديا ومثل هذه الاوبية يتسلطن فى فصل الربيع والخريف عند تسلطن الرياح الباردة الرطبة ويندر حصولها فى اثناء الصيف عند تسلطن الرياح الحارة اليابسة وتختلف مدة هذه الاوبية وقد تكون قاصرة احيانا على بعض الاماكن العامة كبيوت الملتقطين والقشلاقات ونحوها وكثير من المشاهدات الاكيدة ما يؤيد أن انتشار هذا المرض بالعدوى قريب للعقل جدا ولا يسوغ كما قاله (رلييه) ضم هذا المرض الى الامراض التسممية العامة اى جعل التهاب النكفة ظاهرة موضعية لمرض عمومى اى لمرض فى الدم وتشبيهه بمرض الجلد فى الامراض التسممية الحادة لكن ماذكرناه من الاعتراض عند الكلام على السعال التشنجى بالنسبة لاعتباره من الامراض التسممية العامة بمعناها الحقيقى يلجئنا لعزل هذا المرض عن الامراض التسممية العامة ولو كان معديا والعادة ان الاطفال والشيوخ لا يصابون بالالتهاب النكفى الوبائى واصابة الذكور به اكثر من الاناث

وأما الشكل العرضى فيصحب بعض الامراض العامة الثقيلة سيما التيفوس فيكاد يصحبه على الدوام فى بعض الاوبية ويندر ان يشاهد هذا الشكل مدة سير التفويد الهيضى والتسمم الصديدى والحصبة والجدرى والدوسونطاريا وبعض الالتهابات الرئوية الثقيلة ونحو ذلك والارتباط السببى الذى بين هذا الشكل وهذه الامراض غير معروف

وربما توهم ان الالتهاب النزلى الفمى الذى يصاحب التيفوس على الدوام هو السبب فى حصول الالتهاب النكفى بواسطة امتداد الالتهاب النزلى من الغشاء المخاطى الفمى الى القنوات الناقلة لهذه الغدة ومع ذلك فهذا منقوض بان كثرة حصول الالتهاب النكفى فى اثناء سير التيفوس ليس بنسبة شدة اصابة الغشاء المخاطى الفمى وكذا ينتقض بان التهابات النكفة تحصل كذلك فى غير هذا المرض من الامراض غير المصحوبة

بتغير فى الغشاء المخاطى القمى وحيث ان الالتهاب النكفى العرضى لا يحصل فقط فى اثناء سير الامراض التسممية الحادة بل فى الالتهابات الرئوية ايضا فمن الجائز ان يكون تهيج الغدة النكفية متعلقا بتسمم الدم والقول بان هذا الشكل فى بعض الاحوال عبارة عن بحران ذى تأثير جيد فى سير المرض الاصلى خطا مؤسس على نظريات تنافى الحقيقة فانه متى طرأ الالتهاب النكفى مدة سير بعض الامراض الثقيلة اعتبر مطلقا مضاعفة ثقيلة غير مألوفة

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية فى الالتهاب النكفى الذاتى ليست معلومة لنا اكيدا فانه ليس عندنا استكشافات تشريحية مرضية لا واسطية لكون سير هذا المرض يكاد يكون على الدوام جيدا انما يحكم بكل من رخاوة الورم وقلة الآلام التى تصاحب ابتداء هذا المرض ولاسيما بالزوال السريع لهذا المرض بدون ان يخلفه اثر على ان هذا الالتهاب يتقوم من مجرد نضح مصلى ونحن وان ذكرنا فيما تقدم ان هذا المرض يبتدئ بالقنوات اللعابية الا انه لا يشك فى كون مجلس الانتفاخ فى المنسوج الضام الكائن بين القنوات الغددية وفى المنسوج الخلوى المحيط بالغدة ويكون الورم غالبا ممتدا امتدادا زائدا عن حدود الغدة ولا يستغرب ظهور انتفاخ اوزيماوى عظيم حول القنوات المذكورة فان ذلك يشاهد بكثرة فى أحوال اخرى مماثلة لذلك ومن النادر حصول نضح ليفى صلب فى هذا الشكل وتكون صديد ولا نعلم ان كان منشأ التقيح المنسوج الضام او الغدة نفسها لكن من القريب للعقل ان تكونه يكون كتكونه فى الشكل العرضى

واما الالتهاب النكفى العرضى فانه يبتدئ باحتقان عظيم فى الغدة طبقا لمشاهدة الشهير (فرچوف) وبذلك يصير المنسوج الخلوى رخوا منتفخا ثم تحصل بسرعة تغيرات فى القنوات الغددية ومجاريها الناقلة فيجتمع فيها مادة لزجة خيطية مبيضة او مصفرة تكتسب الصفة الصديدية بسرعة بحيث يرى فيها بالمكرسكوب فى اليوم الثانى او الثالث جسيمات صديدية مصحوبة بكثير من الجسيمات اللعابية وعند تقدم التغير المرضى يحصل لين وتلاش

فى

في الفصيصات الغددية يبتدئ من باطنها بحيث ان الضيبات مما قليل تملئ بالصديد وتكون تجاويف ممتلئة به ايضا واخيرا تتلاشى الطبقة الغمدية الخاصة بالفصيصات الغددية ويمتد التقيح الى المنسوج الضام وهذا التقيح الخلافي قد يمتد بسرعة فيكتسب خاصية الالتهابات الفلغمونية المنتشرة وفي مثل هذه الاحوال يتكون خراج نكفي عظيم او يتلاشى الجوهر الغددي وهو الغالب وبذلك تنشأ خراجات صغيرة عديدة مع بقاء الجوهر الخلافي الضام ثم ان كلا من الالتهاب والتقيح قد يمتد من منشئه الى اتجاهات مختلفة فينشأ عن ذلك عوارض خطرة وغالبها حصولا امتداده الى المنسوج الخلوى المجاور او الى عضلات المضغ او الى سمحاق القوس الزوجي او الصدغي او سمحاق العظم الاسفيني او الى العظم نفسه وعند ارتقاء هذا المرض الى درجة عظيمة يمكن امتداده من العظام الى السحايا الدماغية او الى جوهر الدماغ نفسه او الى الاذن الباطنة او المتوسطة وهذا الامتداد كما يحصل بواسطة العظام قد يحصل بواسطة اغمدة الاوعية والاعصاب

وبالجملة فقد يؤدي التهاب النكفة الى الالتهاب الوريدي سيما التهاب كل من الوريد الوجهي الظاهر المقدم او الخلفي او الوريد الودجي الظاهر او الى تكون سدد فيها وفساد هذه السدد يمكن ان ينتج عنه ظواهر سددية او فساد الدم الصديدي

(الاعراض والسير)

التهاب النكفة الذاتي الغالب فيه ان تكون اعراضه الموضعية مسبوقة بحمى خفيفة فكل من الاضطراب العام والهبوط والم الرأس وفقد الشهية واضطراب النوم وغير ذلك من الظواهر التي تصاحب هذه الحمى كغيرها من الحميات تعتبر ظواهر سابقة للالتهاب النكفي الذاتي وبعد استمرار الحمى يومين او ثلاثة واحيانا وقت ظهورها يشاهد تكون ورم يبتدئ من شحمة الاذن ثم يمتد بسرعة الى الوجنة ثم الى العنق غالبا والغالب ان يكون مجلس هذا الورم احدى صفحتي الوجه ويكون صلبا من مركزه رخوا من دائرته والجلد المغطي له يكون باهتا او محمرا قليلا وهذا الورم يكون مصحوبا بألم توتري ضاغط لكنه غير شديد جدا وحركات الرأس تكون عسرة بحيث

لايكون للمريض قدرة على فتح فمه الابعسر ويوجد عنده صعوبة عظيمة في المضغ والازدراد وأما افراز اللعاب فيكون اما متزايدا او متناقصا او باقيا على حالته الطبيعية ومكابدات المريض لاتكون بنسبة التشوه الزائد الحاصل له الموجب للضحك لاللرثاء لحاله والغالب ان المرض يمتد الى الصفحة الاخرى من الوجه بحيث يشاهد ازدياد الانتفاخ فيها عند تناقص الانتفاخ في الصفحة الاولى والانحطاط في الحركة الحمية وفي نحو اليوم الخامس والسادس والسابع يأخذ الورم في التناقص الى أن يزول وتنطفئ الحمى بالكلية فيكتسب الوجه هيئته الطبيعية بعد مضي ثمانية أيام او عشرة ومع ذلك لايزال في قسم النكفة مدة مختلفة من الزمن ورم محدود غير مؤلم يابس وأقل من ذلك حصولا ان يصير الورم اشد ألما في اليوم الخامس او السادس مع ازدياد الاعراض الحمية واشد يبوسة واحمرارا وحينئذ تتكون خراجات تنفتح من الظاهر او من القناة السمعية الظاهرة

ثم انه قد يشاهد مدة سير الالتهاب النكفي خصوصا في الرجال اصابة احدى الخصيتين والصفن بالتهاب كالالتهاب النكفي وحينئذ تحصل آلام في قسم القطن والعجز وفي اثناء ثوران الحمى يتكون ارتشاح مصلي في الطبقة الغمدية للخصية وانتفاخ او زيماوي في الصفن بحيث يكون ورما قليل التوتر عجينيا ويندر أن يكون محمرا وهذا الالتهاب يكون عادة ذا سير جيد كالتهاب النكفة فانه ينتهي في أيام قلائل بالتحليل وقد يتعاقب أحيانا التهاب النكفة مع التهاب الخصية فيزول أحدهما عقب ظهور الآخر وبالعكس حتى ان بعض الاطباء قال بانتقال التهاب النكفة الذاتي وعده من الظواهر الانتقالية وقد يقطع كل من هذين الالتهابين سيره مع الآخر ويظهر حينئذ ان السبب في حصولهما واحد وليس ظهور أحدهما ناتجا عن زوال الآخر ومثل مايشاهد في الرجال من اصابة الصفن مايشاهد في النساء احيانا من اصابة الشفرين العظمين والثديين باوزيما التهابية قليلة الآلام وفي أحوال اخرى يظهر من وجود آلام تزداد بالضغط في احد قسمي المبيضين أن المبيض محل لالتهاب خفيف كالخصية بل قد يكون كل من الغشاء المخاطي في المعدة والبلعوم والانف والمتحمة محلا لالتهاب اوزيماوي

عظيم الشدة قصير المدة فى اثناء سير الالتهاب النكفى الوبائى فقد انتدبت منذ قليل من الزمن الى مريض مصاب باعراض التهاب معدى شديد وهى الاحساس بألم غير مطاق فى قسم المعدة وقىء متواتر عقب كل مطعوم وحمى شديدة وغير ذلك فبالبحث الجيد ظهر لى ان الاصابة الموجودة تسبقها التهاب نكفى خفيف منذ ثمانية ايام واعقب زوالها التهاب فى الخصية لم يزل اثره باقيا فى المريض وبعد اليوم الخامس من ذلك شفى بالمعالجة الشفقة جدا وبالجملة قد يشاهد احوال يظهر فيها فى مدة سير الالتهاب النكفى الذاتى التهاب محائى ينتهى انتهاء محزنا

وأما الالتهاب النكفى العرضى فان حصل فى اثناء شدة التيفوس اوغيره من الامراض التى ذكرناها فلا تشتكى المرضى الواقعة فى حالة الخدر والهبوط بآلام ولا غيرها من الاعراض وقد يكون تكون ورم النكفة مسبوقا بقشعريرة خفيفة وثوران فى الحمى وهذا الشكل يظهر تارة بالتدريج وتارة فجأة والغالب أن يكون قاصرا على صفحة من الوجه واما اذا حصل التهاب النكفة مدة النقاهة من التيفوس فيكون مصحوبا بالاعراض المحسوسة للمريض التى ذكرناها عند الكلام على الالتهاب النكفى الذاتى

ثم ان هذا الشكل قد ينتهى بالتحلل ويحصل بسهولة اذا كان الورم تدريجيا وكان قليل التيبس متوسط الحجم وتناقصه يحصل اما بسرعة واما ببطء وقد ينتهى بالتقيح وحينئذ يصير الورم غير منتظم أى ذا تحدبات شديد الاحمرار ويظهر التموج فى جملة اصقاع منه غالبا وبعد انفتاح هذا الورم ذاتيا او صناعيا يخرج منه قيح جيد وانفتاحه قد يكون فى آن واحد من الظاهر وفى القناة السمعية الباطنة ويندر انفتاحه فى تجويف الفم أو البلعوم وبالجملة قد يسرى الصديد ايضا الى اسفل على طول العضلة القصية الترقوية الحلمية او المرىء او القصبة الهوائية ويكون خراجات انحدارية فى الجزء السفلى من العنق بل وفى تجويف الصدر كما ذكره (برتس) وعند انتهائه بالتنكرز المتقشر والتقرح يصير لون الجلد ازرق داكنا والورم بعد ان كان صلبا جدا يصير عجينيا ويهبط وبعد فتحه يخرج منه سائل صديدى متغير اللون يمتزج بقايا جوهرية كريهة الرائحة

(المعالجة)

حيث ان التهاب النكفة الذاتى اذا ترك ونفسه ينتهى بالتحلل غالبا فيقتصر فى المعالجة على حفظ المريض من المؤثرات المضرة وتنظيم حالة الهضم والتبرز فيؤمر بالجلوس فى اودته ويغطى الورم بقطعة من القطن او بكيس محشو بأزهار عطريه ويجتنب الاغذية الحيوانية مادامت الحمى وقد يلتجأ فى بعض الاحوال لاعطاء مقيئ او مسهل واذا خشى حصول التقيح وكان التيبس عظيما والالم متزايدا او الحمى شديدة وجب ارسال العلق لتجنب حصول التقيح وينبغى فى الاحوال التى فيها يشاهد التموج استعمال الضمادات الفاترة والمبادرة بالفتح لاجل تدارك تهتك النكفة وتجنب انصباب الصديد فى القناة السمعية الظاهرة

وقد اوصى بعض الاطباء لاجل تجنب حصول الميتاستازى اى الانتقال لمرضى باستعمال وضعيات مهيجة كما أوصى بوضع الضمادات الخردلية او الحراريق على قسم النكفة عند زوال ورم هذا العضو واصابة الصفن أو الخصية لاجل ارجاع المرض الى محله ثانيا لكن قد دلت التجارب على ان هذه الطريقة مضرة لا فائدة فيها

واما الالتهاب النكفى العرضى فلا تحتمل فيه الاستفرغات الدموية بسبب ثقل المرض الاصلى واذا كان الورم صلبا محمرا مؤلما تستعمل الوضعيات الباردة او الجليدية ومتى تكون التموج وجب استعمال الضمادات الفاترة والمبادرة بفتح الخراج

(المبحث الحادى عشر فى التلعب)

لا ينبغى اعتبار التلعب مرضا مستقلا لانه عرض لامراض مختلفة الا انا نتبع العادة الجارية فيه المتفق عليها فى دراسة الباتولوجيا فنشرح التلعب اى الافراز المرضى للعاب فى مبحث مستقل فنقول

كمية اللعاب المتفرزة فى باطن الفم مدة الاربع والعشرين ساعة تكون عادة من عشر أواق الى اثنتى عشرة وتختلف اختلافا عظيما فى حالة الصحة فالاجود حينئذ تعريف التلعب وهو زيادة مرضية فى افراز اللعاب بانه حالة مرضية بواسطتها لا يصل اللعاب المتفرز الى المعدة مع الاغذية بكيفية غير

مدركة كما فى الحالة الصحية بل بعضه يسيل الى خارج الفم وبعضه ينقذف مع البصاق وبعضه يزدرد على انفراده حيث يحصل من تراكمه تعب للمريض

(كيفية الظهور والاسباب)

يستدل من علم الفسيولوجية على كيفية حصول اغلب اشكال التلعب ومنها مالا تعرف كيفية حصوله

وللتلعب اسباب منها المهيجات التى تؤثر فى الغشاء المخاطى الفمى او البلعومى ولذا ان ادخال الجواهر المهيجة فى الفم يحصل عنه التلعب كما يحصل عقب جميع الامراض التى ذكرناها فى المباحث السابقة وكذا اغلب امراض الفم الجراحية وقد دلت التجاريب الفسيولوجية المنسوبة للشهير (لودويج) على ان افراز اللعاب يتزايد عقب تهيج بعض الاعصاب كالعصب اللسانى الآتى من التوأمى الثلاثى والعصب الوجهى والعصب اللسانى البلعومى وعلى ان هذا التزايد فى افراز اللعاب يحصل ايضا عقب قطع كل من العصب اللسانى واللسانى البلعومى وتهيج طرفهما المركزى وبهذا يثبت ضرورة ان التهيج انتقل من الاعصاب المنقطعة الى الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب اى ان التلعب حصل بطريق الانعكاس وبمثل هذه الكيفية يعتبر حصول التلعب الذى ينتج عن تهيج الفريعات الدائرية للعصب اللسانى واللسانى البلعومى بواسطة تعاطى الاغذية المهيجة وجروح الفم وقروحه اى انه يكون ظاهرة انعكاسية وكذا يعتبر حصول التلعب فى الامراض العصبية للتوأمى الثلاثى وكذا التلعب الذى ينتج عن تعاطى الاستحضارات الزئبقية والمودية فيظهر انه ليس ناشئا عن مجرد اختلاط هذه الجواهر باللعاب بل هو ناتج عن التهيج الذى يكابده الغشاء المخاطى الفمى من استحالة افراز الجواهر المذكورة فيه اذ لا يحصل غالبا وضوح ازدياد اللعاب الا بعد استعمال هذه الجواهر زمنا طويلا ولا يبتدئ التلعب الا بعد اصابة الغشاء المخاطى الفمى بتأثير هذه الجواهر المستمر واذا وجد العلم (ليمان) عند البحث عن اللعاب فى ابتداء التلعب الزئبقى ان المواد الخارجة من الفم ليست متكونة من اللعاب بل من مواد مخاطية ممتزجة بجزيئات من الخلية بشرية منفصلة

من الغشاء المخاطى والاستحضارات البودية التى يندر انتاجها الالتهابات الفمية قبل ان ينتج عنها التلعب ولو أن افراز هذه الاستحضارات مع اللعاب فى الفم يحصل بسرعة عظيمة وكون التلعب ينتج عن استعمال جواهر غير المذكورة مثل كلورور الذهب وغيره من الجواهر المعدنية والنباتية بطريقة كالمتقدمة امر مشكوك فيه

ومنها ان التلعب بحسب الظاهر يتعلق فى كثير من الاحوال بالمهيجات التى تؤثر فى الغشاء المخاطى المعدى والمعوى بل وكذا الرحمى وغيرهما من الاعضاء وقد ثبت بالتجاريب الفسيولوجية للشهير (فيريكس) ان تهيج الغشاء المخاطى المعدى يزيد فى افراز الغدد اللعابية فانه عند ادخاله بعض المطعومات فى معدة الكلاب من فوهة ناصور معدى شاهد افراز لعاب غزير وبادخال ملح الطعام يشاهد سيلان كمية عظيمة من المواد اللعابية من الفم ويستنبط من هذه التجربة ايضا ان تهيج الاعصاب المعدية ينعكس فى الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب وبهذا يتبين علة ازدياد سيلان اللعاب الذى يصحب كثيرا من الامراض العضوية للمعدة كقروحها وسرطانها وغيرهما واللعاب الذى يسبق القىء سواء نتج عن مقيئ او افراط امتلاء المعدة او امراض معدية وبهذه الكيفية ايضا توجد علة التلعب الذى يصحب نوب المغص الناتج عن الديدان المعوية حتى ان العامة تجزم بوجودها متى وجد سيلان مواد مائية من الفم ويذ...ون ذلك لتهيج المعا من تلك الديدان لكن نسبة التلعب مدة الاشهر الاول فى الحمل وفى الاحوال الاستيرية الرحمية الى انعكاس التهيج العصبى التناسلى فى الاعصاب المنوطة باللعاب أقل وضوحا

ومنها ان التلعب يتعلق ببعض انفعالات نفسية فانا نرى حصوله من اشمئزاز النفس من الاشياء المكروهة المستقذرة والشره والمشاهدة المعلومة من ان تهيج الدماغ تهيجا واسطيا يزيد فى افراز اللعاب امر مهم الجأ الفسيولوجيين الى القول بان منشأ الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب فى الدماغ اذ بتهيج الزوج التوأمى الثلاثى والوجهى ولو فى الاصفار التى لم تختلط فيها بالالياف السمباتوية اعنى اعلى العقد العصبية يزيد كذلك فعل الغدد

اللعابية

اللعابية

ومنها ان التلعب يشاهد مدة سير بعض الامراض الثقيلة كالتيفوس والحمى المتقطعة بدون اسباب مدركة حتى ان بعضهم اعتبره ظاهرة بحرانية لهاتيك الامراض

وبالجملة توجد احوال فيها يكون بعض الاشخاص الجيدى الصحة فى الظاهر مصابين بتلعب مستعص بدون اسباب مدركة واساسيا لان اللعاب من البله والطاعنين فى السن فالظاهر انه لم ينتج عن ازدياد افرازه بل عن اهمال ازدراده

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تعترى الغدد اللعابية عند ازدياد افرازها غير معروفة لنا ويندر ان يشاهد فى احوال التلعب المستمر الشديد انتفاخ خفيف فى الغدة النكفية وكون الاحتقان الوعائى للغدد اللعابية الذى ينتج عنه انتفاخ منسوجها وارتشاحه بمادة مصلية ليس وحده هو السبب فى ازدياد الافراز اللعابى يستنتج من أن تهيج الاعصاب ينشأ عنه ازدياد فى الافراز المذكور ولو بعد انقطاع ضربات القلب

(الاعراض والسير)

كل من آلام الفم والانتفاخ المؤلم فى العقد اللينفاوية المشاهد فى التلعب يخص اعراض التهابات الفم المختلفة الشكل المحدثة للتلعب لان التلعب فى حد ذاته لا ينتج عنه ألم بل تكدر عظيم للمرضى لان تراكم اللعاب بسرعة فى الفم يلجئهم لتكرار البصاق بحيث يمنعهم عن استرسال الكلام وبه تضطرب راحتهم ليلا اما بسبب رطوبة الوسادة او بانحدار اللعاب الى الحلق ووصوله الى تجويف البلعوم والحنجرة والسائل المنفرز الذى قد تبلغ كميته ستة ارطال او ثمانية مدة اليوم والليلة يكون كما قاله (ايمان) فى الابتداء اكثر مخاطية وتعكرا وذا وزن نوعى ثقيل اى انه يكون فى هذه الحالة اثقل منه فى الحالة الصحية ومحتويا على عناصر جامدة (اعنى اخلية بشرية حديثة التكون اوقديمة) اكثر من الحالة الطبيعية وذا خواص قلوية ومحتويا على كثير من المواد الشحمية وقليل من الابتياليين اى اللعابين ويندر احتواؤه

على قليل من رودان البوتاسيوم (وهو ملح احمر ورديء اللون) وفي انتهاء سير التلعب يكون السائل المنفرز اقل من اللعاب الصحي تعكرا واحتواء على مواد صلبة فيكون مثل اللعاب الذي تحصل عليه (لو. ويج) بتهيج الاعصاب المنوطة بافرازه هذا السائل تهيجا مستمرا وهذا السائل يكون ايضا ذا خواص قلوية ويحتوي على كثير من المواد الشحمية وجسيمات مخاطية ولا يحتوي على رودان البوتاسيوم مطلقا وقد يشاهد في اللعاب يسير من مواد زلالية خصوصا اذا استمرت مدة التلعب

ثم انه في اثناء سير التلعب يحصل للمرضى نحافة عظيمة ليست ناشئة من فقد الكمية العظيمة من الماء والاجزاء العضوية فقط بل وعن تعذر المضغ ايضا بسبب الالتهاب الفمي وقلة التغذية الناشئ ذلك عن عدم تمثل المطعومات وهضمها فان اللعاب المزدرد بكثرة يعوق الهضم

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعي في الاحوال التي يكون فيها التلعب ناشئا عن امراض الفم معالجة لائقة بالمرض الاصلي وتستدعي في الاحوال التي يكون فيها التلعب ناشئا عن الافراط في تعاطي الاستحضارات الزئبقية استعمال المسهلات اللطيفة اذ بهذه الوسايط يتيسر قذف الجواهر الزئبقية من الامعاء ولهذا كانت أجود تأثيرا من المعرقات والمدرات وكذا التلعب الناتج عن امراض في المعدة او المعي او الرحم فانه يستدعي ايضا معالجة المرض الاصلي واما في غير هذه الاشكال من التلعب فلا يمكن اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية

واما معالجة المرض نفسه فتستدعي استعمال المحولات كالحمامات العمومية ووضع الحراريق واللبخ الخردلية على العنق والقفا والمضامض المأخوذة من محلول الشب وكبريتات الحارصيني ومطبوخ المريمية أو قشور البلوط لكن انجح الجواهر استعمالا هو الافيون ومما يستنير به العقل ويستحسنه تطبيق النظريات على العمل عند تأسيس المعالجة الطبية واجرائها كما في هذه الحالة فان استعمال الافيون في التلعب موصى به من معظم مشاهير الاطباء المتمرنين في العمل وحيث بتنبيه الاعصاب يحصل

ازدياد فى سيلان اللعاب فمن المعقول انه عند زيادة الافراز تستعمل وسايط علاجية كالمخدرات بها ينحط التنبيه ويزول وهنالك احوال من التلعب الذاتى تستعصى عن المعالجة

(الفصل الثانى فى امراض الحلق)

المبحث الاول فى الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى المعروف بالذبحة النزلية

(كيفية الظهور والاسباب)

مجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية الدالة على الالتهابات النزلية كثيرا مايشاهد فى الغشاء المخاطى للبلعوم وقوائم اللهاة والغلصمة واللوزتين ويطلق عليه لفظ ذبحة نزلية

والاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلى الحلقى يختلف باختلاف الاشخاص فنهم من يصاب بسرعة بهذا الالتهاب متى تعرض لادنى مؤثرات مرضية ومنهم من لايصاب به ولوتعرض لها فيبقى سليما او يصاب بمرض فى اعضاء أخرى وهنالك اشخاص يصابون بهذا الالتهاب كل عام مرارا ومنهم من لايصاب به جملة اعوام

والاسباب التى تفضى الى زيادة الاستعداد للاصابة بالذبحة النزلية اغلبها غير معروف لنا وقد اشتهر أن المزاج الليمفاوى يهيئ للاصابة بالذبحة الحلقية النزلية اكثر من غيره وان الاشخاص ذوى البنية الخنازيرية اكثر اصابة من غيرهم ولامانع من ان الاشخاص الاقوياء البنية اى الذين لايشاهد فى بنيتهم ادنى تغير يصابون بالذبحة النزلية بكثرة عند تعرضهم لادنى اسباب مرضية وهذا المرض فى الاطفال والشبان اكثر حصولا منه فى الشيوخ ومماينشأ عنه زيادة الاستعداد لهذا المرض تكرار الاصابة به وممن يكون معرضا للاصابة بهذا المرض بنوعيه الحاد والمزمن الاشخاص الذين كانوا مصابين بالداء الزهرى او تعاطوا الاستحضارات الزئبقية زمنا طويلا

ومن الاسباب المتممة للذبحة النزلية المهيجات التى تؤثر فى الغشاء المخاطى الحلقى بدون واسطة كالجواهر الحارة والكاوية وبعض الشوك او الشظايا العظمية الحادة التى تتشبث بالغشاء المخاطى الحلقى ويظهر ايضا ان الذبحة

البلعومية الناشئة عن الافراط فى استعمال المشر وبات الروحية متعلقة بالتهيج اللاواسطى لهذه الجواهر ومنها تأثير البرد ومنها امتداد الالتهابات النزلية من بعض الاعضاء الى الغشاء المخاطى الحلقى كالذبحة الحلقية النزلية التى تصحب الالتهاب الفمى الزئبقى وكذا التى تصحب النزلات المعدية لكن ينبغى التنبه لان الذبحة الحلقية ليست متعلقة على الدوام بحالة اضطراب معدى كما كان يظن سابقا ومنها ان تكون النزلة الحلقية نتيجة لتغير مرض فى الدم فهى لا تعتبر بالنسبة للقرمزية مضاعفة بل عرضا من اعراضها الملازمة لها كالطفح القرمزى الذى يظهر على الجلد ويشد وحصول هذا المرض فى احوال التيفوس الطفحى والحصبة اللذين يكونان على الدوام مصحوبين بتغير نزلى فى الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية والداء الزهرى الذى هو من جملة الديسكرازيات المزمنة كثيرا ما يظهر على شكل التهاب حلقى نزلى لكن عما قليل من الزمن تظهر تغيرات أخرى مرضية فى الغشاء المخاطى الحلقى سنذكرها فيما بعد ومنها ظهور الالتهاب الحلقى النزلى اى الذبحة البلعومية ظهورا وبائيا فتصاب به جملة من الاشخاص فى زمن واحد بدون ان تعرف الاسباب المحدثة لذلك وقد توجد احوال فيها الاسباب المتممة للذبحة النزلية غير معروفة لنا

(الصفات التشريحية)

الذبحة البلعومية الحادة يظهر فيها الغشاء المخاطى للحلق لاسيما جزؤه المغطى لقوائم اللهاة احمر قاتما كثيرا او قليلا وانتفاخ هذا الغشاء والمنسوج الخلوى تحته يكثر ظهوره فى الغلصمة واضحا فانها محتوية على منسوج خلوى كثير الهشاشة تحت الغشاء المخاطى وحينئذ تصير الغلصمة ثخينة مستطيلة فتلامس قاعدة اللسان غالبا (وهذا ما يسمى عند العامة بسقوط الغلصمة وعند عامة بلادنا سيما السودان بابى اللسان)

(تنبيه) كثيرا ما ينسب فى بلادنا السعال مهما اختلفت اسبابه لسقوط الغلصمة خطأ ويترتب على ذلك قطعها بلا طائل غالبا وتكون اللوزتان منتفختين قليلا او كثيرا وفى الابتداء يكون الغشاء المخاطى جافا ثم يتغطى بافراز مخاطى متعكر متراكم على اللوزتين والجدار الخلفى للبلعوم

واما الالتهاب الحلقي المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطي محمرا احمرارا غير مستو غالبا ويوجد فيه اوعية وريدية دوالية وبقع مسمرة داكنة وجمنتية والانتفاخ فيه يكون عظيما واقل انتظاما منه في الشكل السابق ويظهر هذا الغشاء جافا لماعا تارة وتارة مغطى بافراز مخاطي عكر والغالب ان يوجد على قوائم اللهاة والغلصمة نحو بصلات مصفرة تنفجر ويخلفها قروح جرابية مستديرة ويوجد ايضا في القصبات المتسعة من اللوزتين سدد جبنية ذات رائحة كريهة او تجمعات جرابية عبارة عن افراز اجربة اللوزتين المتكاثف المتعفن او المتكلس

ثم ان النزلة الحلقية المزمنة اشتهرت في هذا العصر وصار الكلام عليها في الجرائيل الطبية اكثر منه في كتب الطب وهذا المرض قد يكون قاصرا على الغشاء المخاطي الحلقي وقد يمتد الى الغشاء المخاطي الحنجري والجهة الحلقية من الغشاء المخاطي الانفي والتغيرات الواصفة له تشتمل على احتقان غير مستو بحيث لا يرى على الغشاء المخاطي الباهت الابعض اوعية دوالية متمددة وانتفاخ او ضخامة في هذا الغشاء يكون اما منتشرا باستواء او قاصرا على بعض اجزاء هذا الغشاء المذكور وعلى ازدياد في افراز الاجربة المخاطية وبسبب انتفاخ هذا الغشاء انتفاخا جزئيا والمنسوج الخلوي تحته يكتسب الغشاء المخاطي البلعومي هيئة حبيبية فيشاهد فيه ارتفاعات عديدة مستديرة او بيضاوية منعزلة او مختلطة ومن ثم ساغ تسمية هذا الشكل من النزلة الحلقية المزمنة بالالتهاب البلعومي الحبيبي وسماه بعضهم بالالتهاب البلعومي الجرابي وبالنزلة الحلقية الجرابية نظرا لاقتصار ضخامة الغشاء المخاطي الحلقي على محيط الاجربة المخاطية المريضة ولو ان ذلك يثبت بالمشاهدات التشريحية المرضية الا واسطية وافراز الاجربة المخاطية قد يكون غزيرا جدا وله ميل للجفاف وتكوين قشور ثخينة مصفرة ومخضرة كريهة المنظر وقد يكون في احوال اخرى قليل الكمية وله ميل للجفاف ايضا بحيث ان السطح الخلفي من البلعوم يظهر مغطى بطبقة رقيقة لامعة ولذا سماه (لوين) بالالتهاب البلعومي الجاف وهي تسمية جيدة

(الاعراض والسير)

الذبحة الحلقية النزلية الحادة تصطحب فى الغالب بحمى خفيفة نزلية تسبق
احيانا الظواهر الموضعية و يندر أن تفقد بالكلية وحيث ان الافراز فى
ابتداء هذا المرض يكون متناقصا تشتكى المرضى باحساس جفاف فى الحلق
وبآلام شديدة تزداد عند حركات الازدراد ومنشأ هذه الآلام التوتر الذى
يعترى الغشاء المخاطى خصوصا فى قوائم اللهاة فان هذا الغشاء فيها يكون
مثبتا تثبيتا متينا بالعضلات الكائنة تحته بواسطة منسوج خلوى رقيق
مندمج ولذا يقلص المريض وجهه عند كل حركة ازدراد ومتى حصل استطالة
فى الغلصمة وهو الغالب ولامست قاعدة اللسان نتج عن ذلك احساس بجسم
غريب فى البلعوم وتهيج مستمر للازدراد وفى الشكل الثقيل للذبحة
البلعومية الذى سماه بعضهم بالذبحة الارتشاحية والحرية (بالمهملة) ترتشح
الالياف العضلية لقوائم اللهاة بمادة مصلية بها يعسر اتمام وظائفها ومن
المعلوم فى الحالة الطبيعية ان انقباض عضلات القوائم المقدمة من اللهاة
يمنع تقهقر البلعة الغذائية الى تجويف الفم وانقباض عضلات القوائم
الخلفية منها يكون سببا فى سد الفوهات الخلفية من الخياشيم عند سد
الغلصمة أيضا المسافة التى بين تلك القوائم فمتى حصل عائق فى اتمام وظيفة
هذه العضلات شوهد خروج المواد الغذائية السائلة من الخياشيم او
ارتدادها الى باطن الفم ثانيا عند انقباض البلعوم عليها وقت الازدراد
وتزداد هذه المشاق فى المريض متى صار الغشاء المخاطى البلعومى مجلسا
لالتهاب نزلى شديد وحصل شلل فى عضلات هذا العضو عقب ارتشاحها
بمادة مصلية ففى مثل هذه الحالة متى وصلت البلعة الغذائية لاسيما السوائل
خلف القوائم المقدمة للهاة تصير المرضى فى حالة ضجر عظيم اذ لا يكون لها قدرة
على ازدراد الجواهر المذكورة ولا دفعها الى باطن الفم ثانيا وحيث ان
المواد الموجودة فى البلعوم يمكن ان تدخل فى الحنجرة عند الحركات التنفسية
فالمرضى توقف حركة التنفس وتجتهد لاجل الحصول على دخول الهواء ثانيا
بدفع هذه المواد الى خارج الفم بحيث ينحنون الى الامام ويخرجون رؤسهم
من الفراش ومع ذلك قد يدخل يسير من الجزيئات التى فى الحلق الى الحنجرة
ولا يندفع الى الخارج ثانيا الا بعد حركات تشنجية سعالية شديدة وفى مثل

هذه

هذه الحالة تخشى المرضى من تعاطى الجواهر الغذائية او الدوائية السائلة وتفزع من ذلك غاية الفزع وتستمر على وضع متعب جدا ليلا ونهارا لاجل خروج اللعاب من الفم وعدم ازدراده

ثم من العلامات الدالة على جميع امراض الحلق التى بها انعاق عضلاته عن اتمام وظائفها والواصفة للاشكال الثقيلة من الذبحة الحلقية التكلم بصوت انفى أى اخن اذ من المعلوم انه عند النطق بحرف النون والميم يمر من الخياشيم تيار هوائى خفيف واما عند النطق بباقى الحروف فتبقى الخياشيم مفسدة فيحصل للمرضى الذين لا قدرة لهم على غلق الخياشيم بسبب عدم انقباض القوائم الخلفية من اللهاة نوع خنن فى جميع المقاطع بسبب رنانيتها فى التجاويف الانفية يعبر عنه بالنطق الانفى وزيادة على اختلاف رنانية التكلم يوجد عند المرضى ايضا نوع عسر فى النطق فيكون نطقهم بطيأمع صعوبة فان التكلم عندهم خصوصا بالمقاطع النونية يحصل منه ألم بسبب ضغط قاعدة اللسان برهة من الزمن على اللهاة وبالجملة فمن الواصف لهذا المرض ايضا شدة التألم من نطق المقاطع الحلقية اوتعذره بالكلية عند كثرة انتفاخ الغلصمة واستطالتها اذ بذلك تهتز الغلصمة اهتزازا عظيما وكل من شكل الذبحة البلعومية النزلية الثقيل والخفيف يصطحب بالتهاب فى نزلى فيكون اللسان مغطى بطبقة سميكة وطعم الفم متغيرا ذا رائحة كريهة ممتلئا باللعاب ولا يندر امتداد النزلة الحلقية الحادة الى بوقى استاكيوس ومنهما الى تجويف الطبلة فيصير السمع ثقيلا وتحصل آلام ناخسة فى الاذن يمكن ان ترتقى الى درجة عظيمة جدا ولا تنلطف الاعقب انثقاب غشاء الطبلة وخروج سائل صديدى من الاذن دفعة واحدة

ثم ان الذبحة البلعومية النزلية تنتهى عما قليل من الايام غالبا بالشفاء فتأخذ الآلام والمشاق التى يكابدها المريض عند الازدراد فى التناقص تدريجا وحينئذ يخرج من الفم بالتنخم او البصاق مواد مخاطية غزيرة ومع ذلك تزول اعراض النزلة الفمية

واما النزلة الحلقية المزمنة فتكون فيها الآلام ومشاق الازدراد غالبا خفيفة الا عند ثوران الالتهاب النزلى المزمن زمنا فزمنا بتأثير بعض الاسباب المضرة

الخفيفة سيما في الالتهاب النزلى المزمن للهاة الذى يشاهد عند الاشخاص الذين كانوا مصابين بالداء الزهرى او الذين استعملوا الاستحضارات الزئبقية زمنا طويلا
والعادة ان هذه الاعراض الخفيفة في مثل هذه الحالة تصير المرضى في حالة اضطراب عظيم بحيث يتعاطون البحث عن الحلق بانفسهم امام مرآة ويبصرون ما يظهر فيه من بثور تتكون على بعض الاوردة الدوالية المارة في اللهاة ومتى حصل لهم أدنى تألم في الحلق ظنوا انه من الداء الزهرى ولا يسكن روعهم الا بعد بحث الطبيب واخبارهم بانهم ليسوا مصابين به
والنزلة البلعومية التى تشاهد عند المعتادين بالافراط في المشروبات الروحية من خواصها ان تصطحب بافراز مخاطى غزير يكون عندهم سيما التنخم مستمر سيما في الصباح وكثيرا ما يتسبب عن المجهودات التى يفعلونها للتخلص من هذا الافراز غثيان وقيء في الصباح يسمى بقيء الصباح عند السكارى واما الاشكال الثقيلة من النزلة الحلقية المزمنة سيما الجرابية او الحبوبية فانها اكثر ثقلا مما تقدم والازدراد في هذا الشكل الحبيبى وان لم يكن متعسرا لان المرضى تشتكى بتهيج واحساس مستمر بدغدغة في الحلق او جفاف فيه يلجئهم لفعل حركات ازدراد غير ارادية او تنخم وسعال خفيف وهو الغالب بحيث كثيرا ما يظن ان التنخم المتكرر عندهم نوع اعتياد ردىء وحيث ان الغشاء المخاطى للحنجرة يكون غالبا مشتركا في هذا الالتهاب فالغالب ان ينضم للاعراض المذكورة بحة خفيفة في الصوت وعند ثوران اعراض كل من الذبحة الحلقية والحنجرية الجرابية يرتقى السعال الخفيف الى سعال تشنجى شديد والبحة الخفيفة الى انطفاء تام في الصوت وعند امتداد الالتهاب الى الغشاء المخاطى الانفى ينسد تجويفه في اثناء الليل ولذا تنام المرضى والفم مفتوح وبذلك يرتقى جفاف الحلق والاجزاء الحلقية من اللسان في ساعات الصباح الى درجة عظيمة جدا بحيث انه عند تحرك اللسان والحلق عند اليقظة تتكون تسلخات خفيفة في الغشاء المخاطى لهذه الاجزاء وفي الطلاء المغطى له فتنشأ أنزفة خفيفة وكثير من المرضى يقع في رعب عظيم من هذا الشكل من النفث الدموى الذى

يحصل لهم عند اليقظة والنزلة الحلقية الحنجرية الجرابية وان كانت من الامراض المستعصية الا انها لا تخاطر بحياة المرضى وانما تحدث عندهم حالة يأس وحزن

واما السدد الجبنية التى تتكون فى اجوبة اللوزتين المخاطية فتخرج احيانا بالتنخم وكثيرا ما توقع المرضى فى فزع عظيم فانهم يظنون ان هذه المواد المستديرة المصفرة ذات الرائحة الكريهة عند الضغط عليها من علامات الدرن الرئوى الاكيدة بحيث يعسر احيانا على الطبيب تسكين روعهم وتفهيمهم انهم غير مصابين بالسل الرئوى لجزمهم ان هذه التعقدات الكلسية حصوات رئوية

(المعالجة)

الالتهاب البلعومى النزلى الحاد متى ظهر بشدة متوسطة فلا يحتاج لمعالجة مخصوصة وكثيرا ما لا تلتجئ المرضى الا للعجائز الدجالات القائلات برفع الغلصمة بجذب شعر مخصوص من فروة الرأس (او الزاعمات برفع الحلق الساقط كما يفعله عجائز مصر) ومثل هذه الترهات يستنتج منها عدم الاحتياج فى مثل هذه الحالة الخفيفة لمعالجة قوية حيث يفهم منها ان مثل هذا المرض يزول من نفسه فينبغى حينئذ التنبيه فى مثل هذه الحالة على عدم استعمال معالجة قوية لا سيما المقيئات فانها لا تستعمل الا اذا كانت الذبحة البلعومية مصحوبة بوجود جواهر غير منهضمة فى المعدة تحدث حالة نزلية فى هذا العضو او حافظة لها ولا يعتمد فى مثل هذه الحالة على حالة اللسان وتغطيه

واما احوال هذا المرض الشديدة فيوصى فيها باستعمال رفائد مبتلة بالماء البارد وبعد العصر جيدا تلف على العنق ثم تحاط بالضبط بمنديل جاف فان خاف المريض من استعمالها او لم يتيسر ذلك لسبب ما يوصى باستعمال الضمادات الفاترة على العنق ويؤمر باستعمال غراغر من الماء البارد او محلول الشب او سلفات الزنك او خلات الرصاص او نحو ذلك وقد يتيسر احيانا ايقاف هذا المرض فى ابتدائه بمس الاجزاء الملتهبة بمسحوق الشب او بمحلول نترات الفضة (بان يوضع درهم منه على اوقية من الماء المقطر) اعنى

٥ جرامات من هذا الجوهر على ٥٠ جراما من الماء
واما الالتهاب الحلقى النزلى المزمن فاجود ما يعالج به استعمال الغراغر القابضة السابق ذكرها ومس الاجزاء الملتهبة بمحاول نترات الفضة
واما النزلة الحلقية المزمنة فانها تحتاج لمعالجة لائقة مستمرة للحصول على النجاح فانها كثيرا ما تستعصى عن المعالجة الطبية وفى الشكل السيلانى من هذا المرض الذى هو اسلم الاشكال عاقبة كثيرا لا تنجح المعالجة لعدم انقياد المرضى لترك المشروبات الروحية وكثرة شرب التبغ واجود ما يوصى به فى هذا المرض المس بمحاول نترات الفضة او الشب او التنين والظاهر ان استعمال هذه السوائل يكون بالاستنشاق على هيئة الرزاز انجح من المس بالفرشة وكذا النزلة الحلقية المزمنة المصحوبة بقلة الافراز خصوصا الجرابية او الحبيبية يظهر ان استعمال هذه السوائل فيها له تأثير ممنوع فى الغشاء المخاطى المريض فيحدث فى حالة المرض تحسينا عظيما لكن الذى يظهر لى ان هذه المنفعة وقتية واستعمال محاول السليمانى وكبريتور الكاس قليل التأثير أيضا والاجود استعمال محاول (الجول) تبعا لما اوصى به المعلم (لوين) المركب من ست قمحات من اليود واثنى عشرة من يودور البوتاسيوم على ست اواق من الماء المقطر فبالتجاريب الجديدة ثبت ان المس بهذا المحاول جيد المنفعة فى النزلة البلعومية الجافة سواء كانت مصحوبة بتحببات ام لا وكذا من الممدوح بكثرة فى هذا الشكل الاخير المياه المعدنية القلوية الكلورورية كماء امس والمياه الكبريتية الطبيعية كماء وايلبخ وغير ذلك من ينابيع وحمامات البرنين

(المبحث الثانى)

فى الالتهاب البلعومى ذى الغشاء الكاذب ويسمى بالذبحة البلعومية الغشائية

(كيفية الظهور والاسباب)

فى الالتهاب البلعومى ذى الغشاء الكاذب تكون الاغشية الكاذبة ملتصقة بالغشاء المخاطى الملتهب التصاقا متينا بحيث يخلف نزعها فقد جوهر سطحى دام ولذا تعتبر هذا الالتهاب استحالة من الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الى

دفتيرى

ثم ان الذبحة الغشائية الحلقية تارة يكون حصولها ذاتيا عقب تأثير الاسباب التى تفضى الى النزلة البلعومية الحادة بحيث يظهر ان الالتهاب ذا الغشاء الكاذب احيانا ليس الا شكلا شديدا من الالتهاب النزلى الحلقى وتارة يكون التهاب الغشاء المخاطى الشديد ناشئا عن التهاب شديد فى اعضاء كائنة اسفل منه ولذا كثيرا ماتشاهد تكونات غشائية على اللوزتين فى احوال الذبحة اللوزية الشديدة وتارة تكون مصاحبة لغيرها من الالتهابات ذات الغشاء الكاذب المصيبة لغيره ذا الغشاء من الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطى الحنجرى او القصبى ونحوهما وحصولها اما ان يكون افراديا او وبائيا وهو الغالب وفى هذه الحالة يكون امتداد الالتهاب الذى نحن بصدده اما من الحنجرة الى الحلق او من الحلق الى الحنجرة ويسمى فى الحالة الاولى بالصاعد وفى الثانية بالنازل وتارة تشاهد هذه الذبحة مصاحبة لغيرها من الالتهابات الغشائية والدفتيرية فى الدور الاخير من التيفوس والتسمم الصديدى وغيرهما من الامراض المماثلة لذلك

(الصفات التشريحية)

يشاهد على الغشاء المخاطى المحمر جدا فى اللهاة واللوزتين والبلعوم مواد غشائية مبيضة او سنجابية ذات قوام مختلف مكونة فى الغالب للطخ صغيرة مستديرة غير منتظمة ويندر ان تكون مكونة لامتدادات غشائية عظيمة ولا يوجد اسفل منها فقد جوهر فى الغشاء المخاطى

(الاعراض والسير)

لا ينشأ عن الذبحة البلعومية الغشائية اذا طرأت بانفرادها ولم تضاعف بغيرها من الامراض الا الاعراض التى ذكرناها فى الشكل الشديد من الذبحة الحلقية النزلية وانما بالبحث عن البلعوم بمجرد النظر يعرف شكل هذا الالتهاب لكن ينبغى الحذر من اختلاط اللطخ السنجابية بالقروح البلعومية الشحمية القاع

والاعراض الحسية اى التى يحس بها المريض فى احوال التهاب اللوزتين لا يحصل فيها ادنى تغير عند تكون اغشية كاذبة على الغشاء المخاطى بحيث

لاتعرف هذه الحالة الا بالبحث بالنظر ايضا
واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخنجرى ذا الغشاء الكاذب وتظهر عادة ظهورا وبائيا فكثيرا ما لاتعرف لان اعراضها واهية تكاد تختفي من اعراض المرض الذى تصحبه لاسيما انها لاتصيب الا الاطفال وبالنظر فى حلق الاطفال المصابين بالسعال الديكي يشاهد مغطى باغشية كاذبة غالبا بدون ان تتشكى هؤلاء الاطفال بعسر فى الازدراد ولاتتيقظ لها اهلهم ولذا ينبغي للطبيب ان يبحث عن حلق كل طفل بالنظر كلما حصل عنده بحة فى الصوت

(المعالجة)

الذبحة البلعومية الغشائية التى تحصل بانفرادها عقب تأثير البرد ونحوه لايلتجأ فى معالجتها الا لاستعمال الوسايط العلاجية التى ذكرناها عند الكلام على معالجة الاشكال الثقيلة من الذبحة البلعومية النزلية
واما الذبحة البلعومية الغشائية التى تصحب الالتهاب الخنجرى ذا الغشاء الكاذب فتستدعى أولا ازالة الاغشية الكاذبة بسرعة ثم كى الغشاء المخاطى المريض بمحلول مركز من نترات الفضة كيا قويا

(المبحث الثالث)

فى الالتهاب البلعومى الدفتيرى اى الغشائى التقيحى
ويسمى بالذبحة الخبيثة والغنغرينية

شكل الالتهاب الذى فيه يتكون نضح ليفى غزير فى جوهر الغشاء المخاطى وتنكرز فيه عقب انضغاط اوعيته المغذية يحدث مايسمى بالالتهاب الدفتيرى وهذا الالتهاب يصيب على الخصوص الغشاء المخاطى الحلقى لكنه لايظهر كمرض اولى قائم بنفسه كالالتهاب النزلى وذى الغشاء الكاذب من الحلق بل يتعلق على الدوام بتسمم فى الدم بواسطة السم القرمزى او غيره من السموم التى تنتج عن الدفتيريه الوبائية التى اعتبرناها مرضا من الامراض التسممية العامة وسنذكر عند الكلام على الظواهر المرضية للحمى القرمزية والدفتيرية الوبائية شكل الالتهاب الدفتيرى من الحلق بالتفصيل

(المبحث الرابع)

فى الالتهاب الفلغمونى الحلقى ويعرف ايضا بالتهاب اللوزة وبالذبحة الحلقية اللوزية

(كيفية الظهور والاسباب)

المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى الحلقى والخلالى لجوهر اللوزتين اللتين تكونان مجلسا لارتشاح اوذيماوى بسيط فى الالتهابات النزلية وذات الغشاء الكاذب للحلق يمكن ان يعتريهما اضطرابات غذائية التهابية وهى فى كثير من الاحوال عبارة عن ارتشاح جوهرها بنضح ليفى متفاوت الكمية وعن نمو فى منسوجهما الخلوى وفى احوال أخرى عبارة عن تقيح أجزائهما الملتهبة بتكون كرات صديدية فى جوهرهما فينشأ عن ذلك خراجات ويندر ان يحصل فيها تنكرز منتشر فتتلاشى هذه الاجزاء وتتقرح

والذى يظهر ان المؤثرات المرضية بحسب درجة شدتها واستعداد الشخص تارة تحدث الذبحة الحلقية النزلية وتارة تحدث الذبحة الحلقية اللوزية التى نحن بصددها فلتراجع اسباب الذبحة الحلقية النزلية والتهاب اللوزتين كذلك يورث استعدادا عظيما للنكسة فكلما كثرت اصابة الشخص به سهل تردده ومن الاشخاص وهو كثير من يصاب به فى كل سنة مرة اومرارا وانتهاء هذا الالتهاب بالتقيح مرة يهيئ للانتهاء به مرة أخرى بحيث ان الطبيب فى مثل هذه الاحوال يقل غشه فى انتهائه بالتحلل عند حصول اصابة جديدة

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب الحلقى الفلغمونى الحاد فالغالب ان يكون فى اللوزتين لكن تارة يصيبهما معا وتارة يصيب احداهما ثم يمتد الى الاخرى وكثيرا ما يحصل انتفاخهما من النضح الذى يرتشح فيهما الى ان يصل الانتفاخ الى حجم الجوزة ويكون سطحهما ذا بروزات ولونهما احمر قاتما فى الغالب ومغطى بنضح لزج اوترا كمات غشائية كاذبة وعند انتقال الالتهاب الى التقيح يصير غالبا احد اصقاع اللوزة الملتهبة رخوا بارزا ثم تنفجر جدور الخراج الرقيقة ويندر حصول الالتهاب الفلغمونى الحاد فى المنسوج تحت الغشاء المخاطى

للهاة وحينئذ يظهر في هذا الجزء انتفاخ صلب يظهر فيه تدريجا تموج واضح ينتهي في هذه الحالة باستفراغ القيح في تجويف الفم او الحلق والالتهاب الحلقي الفلغموني المزمن مجلسه ايضا جوهر اللوزتين غالبا وبندر حصول ضخامة في الغلصمة او اللهاة بسبب الالتهاب المزمن المستمر وقد تكتسب اللوزتان بسبب ضخامة جوهرهما الخلالي حجما عظيما جدا وصلابة عظيمة ويكون سطحهما في الغالب غير منتظم وذا تحدبات وتقعرات في الاصفار التي حصل فيها فقد جوهر بسبب التقيح وحينئذ يكون الغشاء المخاطي قليل الاحمرار او باهت اللون ويوجد في فوهات الاجربة الغددية المنفتحة السدد الجبنية التي سبق ذكرها

(الاعراض والسير)

اما الالتهاب الحلقي الفلغموني الحاد فيبتدئ غالبا بحمى شديدة مسبوقة بقشعريرة قوية واضطراب عظيم في حالة عامة عند المرضى مع امتلاء عظيم وسرعة في النبض وارتفاع في الحرارة حتى انها تصل الى اربعين درجة اوازيد فالحمى في هذه الحالة لا تكون كما في النزلة الحلقية متصفة باوصاف الحمى النزلية بل تكون كالحميات الالتهابية الشديدة التي تصحب التهاب اعضاء مهمة كالالتهاب الرئوي وفي الاحوال التي تكون فيها شدة هذا المرض قليلة او يكون فيها هذا المرض ذا سير بطيء تكون الحمى كذلك قليلة الشدة وفي يوم ابتداء الحمى او التالي له تشتكي المرضى باحساس توتر اوجرح في الحلق او بآلام شديدة ناخسة فيه تمتد نحو الاذن ويكون عندهم مع ذلك احساس بجسم غريب في الحلق بحيث يلجئهم ذلك الاحساس الى فعل حركات ازدرادية متواترة تزيد في الالم وبعد ذلك بقليل تتضح الظواهر المؤلمة التي ذكرناها في المبحث الاول للاشكال الثقيلة من الالتهاب الحلقي النزلي فالازدراد لا يصير مؤلما للغاية فقط بحيث كلما ارادت المرضى ازدراد بعض اللعاب اضطرت الى ان تقلص وجهها بل قد تنطرد الجواهر الغذائية سواء كانت صلبة او سائلة من الفم او الانف ثانيا بسبب ارتشاح عضلات اللهاة والبلعوم وشللها وقد تشتد هذه الاعراض بالكلية بحيث لا يمكن ازدراد شيء من الاغذية فيصير المريض في حالة كرب عظيم وافراز اللعاب

يكون فى هذا المرض متزايدا تزايدا عظيما بحيث يسيل من زوايا الفم عند فتحه بدون بصق ويكون اللسان مغطى بطبقة سميكة ورائحة الفم كريهة جدا وينضم لهذه الاعراض تغير مخصوص فى الصوت بحيث تتغير نغمته ويصير التكلم أنفيا اوأخن ومن العلامات الواصفة لهذا المرض ايضا تعسر انفتاح الفم والتألم عند تبعيد الفكين عن بعضهما بحيث لا يكون لهما قدرة على تبعيد الاسنان عن بعضها بعض خطوط ويظهر ان سبب ذلك هو التوتر العظيم الحاصل فى الصفاق الفمى البلعومى وقد يتعسر التنفس ايضا فى هذا المرض لكن هذا اندر من تعسر التكلم وفتح الفم لكن اذا اشتد عسر النفس يكون محزنا فينبغى الالتفات له جدا اذ قد يكون ناشئا عن اوذيما لسان المزمار وبالبحث بالنظر فى تجويف الفم والحلق الذى لا يتأتى الا بعسر شديد توجد اللوزتان منتفختين التفاخا عظيما بحيث تتلامسان وتنضغط الغلصمة المنتفخة انتفاخا اوذيماويا بينهما وان كان الملتهب احدى اللوزتين كانت الغلصمة مندفعة الى الجهة المقابلة وقوائم اللهاة مندفعة نحو الامام ويوجد فى العنق حذاء اللوزة اى خلف واسفل زاوية الفك السفلى ورم صلب مؤلم وكثيرا ما يمتد الالتهاب فى هذا المرض الى بوقى استاكيوس فينتج عنه آلام عظيمة فيهما وفى صندوق الطبلة ايضا وهذه الاعراض الموضعية تأخذ غالبا فى الشدة والازدياد نحو ثلاثة ايام او اربعة فتشتد حينئذ الحمى وتتضاعف باعراض احتقان دماغى فتشتكى المرضى بآلام شديدة فى الرأس وتفقد النوم وتصير معذبة بالاحلام المفزعة وقد يحصل لهم هذيان وعند انتهاء هذا الالتهاب بالتحلل ويكون ذلك نحو انتهاء الاسبوع الاول تأخذ الاعراض الموضعية فى التناقص شيأ فشيأ فيتم الشفاء فى ثمانية ايام الى اربعة عشر وعند انتهائه بالتقيح وتكون الخراج يحصل انحطاط فى الاعراض بغتة بعد ان تكون قد وصلت الى ارقى درجة من الشدة وكثيرا مالا تعرف المرضى انفتاح الخراج اللوزى الا بانحطاط الاعراض بغتة فان القيح كثيرا ما يزدرد ولا يستشعر بخروجه من الفم وقد يعرف انفتاحه برائحة المواد المنقذفة الكريهة ولونها المصفر القيحى ولا يعلم لماذا ان القيح المنحصر والمحفوظ من تأثير الهواء يكون احيانا ذا رائحة كريهة جدا

وتحصل النقاهة فى الغالب بسرعة عظيمة عقب انفتاح الخراج

وينتج عن الالتهاب الفلغمونى الحاد للهاة اعراض محسوسة للمريض مشابهة لاعراض التهاب اللوزتين فلا يتميز هذان الشكلان عن بعضهما الا بالبحث بالنظر

وحصول الانجسة الفلغمونية المزمنة اما ان يكون من بطء مكث النوب الحادة او ذاتيا تدريجيا والاعراض الناتجة عن شكل هذا المرض تكون خفيفة ويتبعها فى ذلك آلام قليلة وربما فقدت بالكلية والافراز المخاطى المتزايد ينسب للنزلة المصاحبة لكن بطروأ دنى اسباب مضرة ينتقل هذا الشكل من الحالة المزمنة الى الحالة الحادة وكثيرا ما يتغير التكلم من ضخامة اللوزتين او يحصل للمريض عسر مستمر فى السمع بسبب ضغطهما على بوقى استاكيوس والغلصمة الضخمة المستطيلة يمكن ان تهيج فتحة المزمار فينتج عنها سعال تشنجى اعتيادى

(المعالجة)

قد اوصى فى هذا المرض بالاستفراغات الدموية العامة والموضعية الا انه لا يلتجأ الى الاولى وان بالغ فى استعمالها المعلم (بويو) مع التكرار اذ لا احتياج لها بالنظر للمرض فى حد ذاته بل ولا لمضاعفاته الا نادرا واما الثانية اعنى الموضعية بارسال العلق على العنق فلا يتحصل منها الا على راحة قليلة وكذا تشريط اللوزتين فلا يتحصل على النجاح المرجو منه

ومتى ندب الطبيب لمعالجة هذا المرض فى اليوم الاول او الثانى فله ان يستعمل طريقة (والبو) وهى عبارة عن مس الاجزاء الملتهبة بمسحوق الشب واستعمال الغراغر المأخوذة من محلوله المركبة من ثلاثة دراهم منه الى نصف اوقية على ست اواق من مغلى غروى كمغلى الشعير اعنى من ١٠ جرامات الى ١٥ جراما على ١٥٠ جراما من السائل وقد يستعمل الحجر الجهنمى عوضا بدل الشب لاجل قطع سير هذا المرض

واما اذا ندب الطبيب بعد المدة المذكورة او لم تثمر طريقة (والبو) فينبغى استعمال التبريد العظيم فانه واسطة عقلية مؤيدة بالتجاريب وذلك بان تستعمل الغراغر الباردة او تستحلب قطع من الجليد فى الفم ويلف العنق

بالرفائد المبتلة بالماء البارد بعد عصر خفيف وتغييرها مع السرعة
ومتى ظهر التموج يوصى باستعمال الضمادات القاترة حول العنق ومضمضة الحلق بمنقوع البابونج ونحوه والمبادرة بفتح الخراج اما بشرط ملفوف عليه شريط من المشمع الى قريب منه واما بظفر الاصبع
ثم ان المقيآت لا تستعمل فى هذا المرض بالنظر لذاته وانما تستعمل اذا لم يمكن فتح الخراج بغيرها واما المسهلات فتكون ناجحة سيما عند وجود اعراض الاحتقان الدماغى واما المحولات والمحمرات والابزن القدمية وغيرها من الجواهر المعتبرة نوعية فى هذا المرض كصبغة البنيينيلا والبورق وخشب لانبيا فليس لها تأثير فى سير هذا المرض
واما الذبحة الفلغمونية المزمنة فلا تمرفيها الوسايط العلاجية الباطنة واذا كان انتفاخ اللوزتين ناشئا من ارتشاح التهابى فيهما وجب استعمال محاول الشب او نترات الفضة او صبغة اليود المخففة مسا على اللوزتين المنتفختين ووضع المكمدات الباردة حول العنق وتركها حتى تسخن واما اذا حصل فى اللوزتين ضخامة فلا يتيسر ازالتها الا بعملية جراحية

(المبحث الخامس)

(فى اصابات الحلق الزهرية وتعرف بالذبحة الزهرية)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاضطرابات الغذائية التى تنشأ عن الداء الزهرى المبنى فى الغشاء المخاطى المغشى للحلق تنحصر تارة وهو نادر فى احتقان الغشاء المخاطى وانتفاخه ورخاوته وتغير افرازه اعنى فى جميع ظواهر الالتهاب النزلى وتارة وهو الغالب يحصل بتأثير التسمم الزهرى حلمات فى الغشاء المخاطى من الحلق والبلعوم كالتى شرحناها عند الكلام على الآفات الزهرية للفم تستحيل فيما بعد الى قروح سطحية او لطخ عريضة وبالجملة يشاهد فى الحلق والبلعوم اورام صمغية تعرف بالعقد الزهرية وعند تلاشى هذه الاورام ولينها تحصل تهتكات غائرة ممتدة
وكل من الالتهاب النزلى الزهرى للحلق والحلمات الزهرية يعد من الظواهر التابعة للداء الزهرى حيث انهما فى الغالب يعقبان بسرعة التسمم الزهرى

واما العقد الصمغية فانها تعد من الظواهر الثلاثية لهذا المرض حيث انها تظهر فى الادوار الاخيرة منه

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب النزلى الزهرى للحلق والبلعوم فمجلسه غالبا قوائم اللهاة واللوزتان وكل من الاحمرار المحدود بين اللهاة وسقف الحنك واللون الاحمر المرزق (اى النحاسى) للغشاء المخاطى ليس واصفا لهذا الالتهاب فان كلا منهما قد يوجد فى الذبحات الحلقية المزمنة غير الزهرية

واما الحلمات الزهرية للغشاء المخاطى فتشاهد كذلك على قوائم اللهاة واللوزتين فان هذه الاجزاء قد تكون مغطاة بحلمات مجتمعة فى امتداد عظيم وان حصل فى مثل هذه الاحوال تكدر فى الطبقة البشرية فربما توهم بالتأمل بحسب الظاهر ان الغشاء المخاطى مغطى باغشية كاذبة وان كانت هذه الطبقة المبيضة بين قوائم اللهاة فقط ربما توهم بحسب الظاهر ان هنالك قرحة ذات قاع شحمى والقروح الزهرية الناشئة عن تلاش جزئى فى الحلمات المخاطية الزهرية تكون فقد جوهر محمر القاع او مغطى بمادة سنجابية دامية بسهولة وهذه القروح تمتد عرضا بالتلاشى الحاصل فى الحلمات المتكونة جديدا فى دائرتها غير أن هذه القروح لا يكون لها ميل للامتداد فى الغور واما الدرن العريض فانه يكون على الغلصمة اوراما صغيرة حلمية او زوائد عنبقية

واما العقد الصمغية فانها تحصل فى جميع اجزاء الحلق والبلعوم وان تكونت ابتداء على اللوزتين شوهدت انها عظيمة الانتفاخ ذات سطح محمر املس ويلين هذه العقد وتلاشيها تنشأ قروح بعد ذهذه العقد تكون فى حجم العدسة او الفولة غائرة ذات قاع شحمى ولا يندر تكون هذه العقد الصمغية خلف اللهاة فتثقبها قبل ان تشاهد ومجلسها غالبا الغلصمة والاجزاء القريبة من قوائم اللهاة وتظهر الغلصمة فى الابتداء كانها متا كلة ثم تتقرح وتصير معلقة بعنق دقيق واخيرا يمكن ان تنهتك بالكلية هى وجزء عظيم من اللهاة وبالمعالجة اللائقة تمتص هذه العقد وتزول وفى مثل هذه الاحوال تتكون ندب نحاسية متشععة وذلك بان يتكون فى محل العقدة نحو خاوى ينكمش

فيما بعد وعند شفاء قروح ممتدة تبقى ندب التحامية مبيضة متشععة صلبة وقد يحصل التصاق اللهاة مع الاجزاء المجاورة وتضايق وانكماش فى البلعوم او انسداد فى بوق استاكيوس

(الاعراض والسير)

اما الالتهاب النزلى الزهرى للحلق والبلعوم فلا يتيسر تمييزه فى الابتداء عن غيره من اشكال الالتهابات النزلية للحلق فحينئذ لا يتم التشخيص ولا يتأتى الا فيما بعد اى عند تقدم سير المرض ومتى اشتكى المريض منذ أسابيع بآلام عند الازدراد متوسطة الشدة وكان ظهورها تدريجيا لا فجائيا واستعصت الآلام المذكورة على الوسايط العلاجية الاعتيادية وجب على الطبيب ان يظن ان الالتهاب النزلى الحلقى الموجود زهرى المنبوع واذا حصلت هذه الظاهرة عند مرضى كابدت الاصابة بالقروح الزهرية الاولية قبل قليل من الاسابيع كان التشخيص اكيدا سيما ان حصل باستعمال الاستحضارات الزئبقية تحسين سريع

واما الحلمات المخاطية الزهرية فانها تنشأ غالبا بدون آلام ومكابدات أخرى حيث تشاهد أحيانا بالصدفة عند البحث عن حلق مريض معتريه ظواهر زهرية وعند تقرح هذه الحلمات يصير الازدراد مؤلما وتتضح الاعراض المدركة للطبيب فيما تقدم ذكره فى التشريح المرضى واما العقد الصمغية فانها تصطحب بآلام وعسر فى الازدراد عندما تأخذ فى اللين والتقرح وينبغى للطبيب البحث عن الجهة الخلفية من اللهاة بواسطة المنظار الانفى فى كل مريض يظن فيه الاصابة بالداء الزهرى متى تشكى بآلام عند الازدراد ولو لم يوجد بالنظر قروح فى الحلق والبلعوم واحيانا يتضح للطبيب وجود هذه العقد الصمغية من وجود اصفرار محدودة حمراء قاتمة على سطح اللهاة المقدم ذات مقاومة وعند تنقب اللهاة يتعسر الازدراد ويتغير الصوت كما تقدم خصوصا اذا كان هذا التنقب نحو الامام وقد تصل المطعومات والمشروبات الى تجويف الخياشيم ويسمع عند أول كلمة من المريض اللغط الانفى للصوت الاخن واما الاعراض المدركة للطبيب فلتراجع فيما ذكرناه فيما تقدم

(تنبيه) القاعدة المتبعة عموما هي ان ينكس في البحث عن الحلق الطبيب بقوة وسرعة قاعدة اللسان عند فتح فم المريض ويأمره بنطق حرف الهمزة الفرانساوي اذ بذلك يظهر جيدا ما كان مختفيا خلف اللهاة على الجدار الحلقي من البلعوم وقد يستدعي الحال احيانا البحث عن الحلق وخلف اللهاة بالاصبع او المنظار الانفي كما ذكره المؤلف

(المعالجة)

الآفات الزهرية الحاصلة في الحلق تعالج باستعمال المركبات الزئبقية ولم يرفض استعمالها من الاطباء الا من كان ينكر منفعتها في مثل هذه الآفات مع انها فيها انجح منها في غيرها من الآفات الزهرية والتنكسات وان حصلت هنا ايضا عقب استعمالها فهي اقل حصولا منها عقب استعمال غيرها من الطرق العلاجية المضادة للداء الزهري وتستعمل مقادير صغيرة من الزئبق الحلو او يودور الزئبق لمقاومة الالتهاب الغزلي الزهري الحاصل في الحلق وتولداته الزهرية وقروحه التي لا تميل للامتداد في العرض والغور واما القروح التي تنذر بفساد المنسوجات في امتداد عظيم فيعطى فيها الزئبق الحلو بمقدار عظيم على حسب طريقة المعلم (واين هولد) العلاجية وهو ان يعطى للمريض مساء جملة ايام على التعاقب من خمسة ديسي جرامات الى عشرة اعني من نصف جرام الى جرام حتى يقف التهتك وهذا يحصل غالبا في اليوم الثالث او الرابع فان امتدت القروح بسرعة يوصى زيادة عما تقدم بكيها بسائل نترات الزئبق الحمضي او بالحجر الجهنمي

(المبحث السادس)

(في الخراجات خلف البلعوم)

(كيفية الظهور والاسباب)

يشاهد احيانا في المنسوج الخلوي بين العمود الفقري والبلعوم التهابات تنتهي بالتقيح خصوصا في الاطفال ثم تارة وهو الغالب يكون ينبوع هذا المرض تسوس الفقرات العنقية وتارة تتكون عن التهاب خنازيري وتقيح في العقد الليمفاوية الكائنة خلف الجدار الحلقي من البلعوم واحيانا يظهر هذا المرض مصاحبا لالتهابات تابعية في غير هذا العضو من الاعضاء كما

يشاهد ذلك عند انتهاء سير التيفوس والتسمم الصديدي للدم ونحو ذلك وبالجملة قد يظهر هذا المرض ظهورا ذاتيا قائما بنفسه ويكون اذ ذاك فلغمونيا ذاتيا

(الصفات التشريحية)

كثيرا ما يندفع الجدار الخلفي نحو الامام من تجمع صديدي خلفه فيبرز في تجويف الحلق فيضيقه او يسده بالكلية والصديد اما ان يثقب جدار البلعوم فيما بعد او ينحدر نحو تجويف الصدر فيثقب المرئ او القصبة الهوائية او البلورا

(الاعراض والسير)

متى انضم تكون الخراج خلف البلعوم لتسوس في الفقرات العنقية كان ذلك مسبوقا بزمن متفاوت بعسر في حركات العنق وغيره من اعراض امراض هذا الجزء من العمود الفقري وهذا المرض في مثل هذه الحالة لا يخفى على الطبيب فان عادته ان يبحث عن الحلق بالنظر مع الدقة متى حصل تعسر في الازدراد واما في غير هذه الحالة خصوصا في الاطفال الذين يظهر فيهم هذا الداء بدون تلك السوابق المرضية فمعرفته فيها عسرة جدا والغالب ان كلا من قلق الاطفال وعدم قبولهم حلمة الثدي والضجر الشديد عند جبرهم على الرضاعة ونوب السعال او الاختناق القاطعة للشرب تنسب خطأ في الغالب لمرض اولي في الحنجرة وهو الذبحة الحنجرية العشائية سيما متى انضم لذلك عسر مستمر في التنفس وكان صوت الاطفال ابح او مفقودا وعندهم سعال ابح رنان والبحث الدقيق عن الحلق يوقفنا بسرعة على حقيقة التشخيص الذي ان أهمل عند وجود مجموع الاعراض السابق ذكرها كان من الخطأ العظيم فان الاصبع الباحث يحس غالبا خلف اللهاة بورم متوتر مرن متموج في الغالب وقد ينفجر الخراج بنفسه في البلعوم فيزدرد متحصله او ينقذف الى الخارج وحينئذ تحصل راحة فجائية وكثيرا ما ينتهي هذا المرض انتهاء محزنا بالموت اذا لم يسعف المريض وتعمل الوسايط اللازمة فان كلا من غلق فوهة المزمار غلقا تاما بواسطة الورم المتزايد وانفتاح الخراج في اثناء النوم ودخول متحصله في الحنجرة يمكن ان يؤدي للاختناق

وفى احوال اخرى قد يسرى الصديد الى تجويف الصدر فيؤدى لحصول الالتهاب البلوراوى او الرئوى او التامورى

(المعالجة)

متى عرف تكون الخراج بودر بفتحه على حسب القواعد الجراحية اما بواسطة المشرط بعد تغليفه بشريط من نحو المشمع الى قرب سنه او بظفر الطبيب ان امكن

(المبحث السابع)

(فى ذبحة لودويج)

قد يكون كل من قاع الفم والمنسوج الخلوى بين العضلات وتحت الجلد للقسم تحت الفك مجلسا احيانا الالتهاب فلغمونى يؤدى بسرعة لتكون ز ونقرح منتشر واحيانا يؤدى لتكون الخراج ولا يندر انتهاؤه بالتحلل وهذا المرض المعروف بالتهاب المنسوج الخلوى العنقى الغنغرينى وهى تسمية فى غير محلها والاولى تسميته كما تقدم بذبحة لودويج الذى كان يعلم الطب فى استجارد وهو اول من شرحه بالدقة كثيرا ما يشاهد على انفراده مكونا لمرض قائم بنفسه ويظهر احيانا او بائيا وفى بعض الاحوال التى شاهدتها بنفسى كان التهاب الجوهر الخلوى آخذا ابتداؤه من التهاب السعاق تحت الفك السفلى وبالجملة قد وجد شكل من هذا المرض ينضم لالتهاب التكففة العرضى او الانتقالى كالذى يظهر فى اثناء سير التيفوس وغيره من الامراض التسممية العامة ويكون منشؤه بحسب غلبة الظن من الغدد تحت الفك

وهذا المرض يبتدئ بانتفاخ متفاوت الالم شديد صلب للغاية فى قسم احدى الغدتين تحت الفك ويحس بهذا الورم من داخل الفم ومن الظاهر ويصير الجلد المغطى لهذا الورم حافظا للونه الطبيعى وعما قليل ينتشر فى جميع القسم تحت الفك والى الاعلى نحو الغدة النكفية والى الاسفل احيانا نحو الحنجرة والقصبة الهوائية وقاع تجويف الحنك يرتفع حينئذ الى الاعلى فيتعسر كل من المضغ والتكلم تعسرا زائدا وتكاد تفقد حركات اللسان بالكلية ويتعذر على المريض فتح فمه وذلك لان العضلات المنوطة بهذه الوظيفة من

جهة تكون موضوعة فى المنسوج الخلوى الملتهب ومن جهة أخرى تكون هى نفسها مشاركة لغيرها فى الالتهاب وهذا المرض يكون سيره عادة مصحوبا بحمى متوسطة الشدة واضطراب عمومى قليل وفى أحوال أخرى تكون الحمى شديدة وكذا الاضطراب البنيى العمومى

وتبيس هذا الورم يزول ببطء ولو فى الاحوال الجيدة والانتهاء بالتحلل وعند انتهائه بالخراج يحمر الجلد فى محل محدود ويظهر فيه التموج ثم ينثقب غطاء الخراج المسترق بالصديد وكثيرا ما يحصل انفجاره فى تجويف الفم وعند انتهاء هذا المرض بالتنكرز والتقرح المنتشر يخرج بدلا عن القيح الجيد سائل كريه الرائحة مختلط باهداب خلوية ذو لون وسخ وقد يحصل الموت عند ارتقاء هذا المرض الى أشد درجته بواسطة أوذيما المزمار والاختناق او بتسمم الدم الصديدى عند انتهائه بالتنكرز والتقرح وأما فى اشكاله الانتقالية فالانتهاء المحزن يكون فى الغالب متعلقا بالمرض الاصلى

(المعالجة)

يجتهد ابتداء فى تحليل هذا الالتهاب بارسال كمية عظيمة من العلق بجوار الورم ثم باستعمال الضمادات الفاترة على الدوام وعند ظهور التموج ينبغى اخراج الصديد بواسطة شق عظيم وعند التهديد بالاختناق مثلا تفعل شقوق عديدة وان لم يثمر ذلك وخيف من حصول ماذكر وجبت المبادرة بفعل القطع الحنجرى وان بقى انتفاخ يابس غير مؤلم زمنا طويلا فالاجود دلكه بالجاربى استعمال الحراريق فانها أنفع من الدلك بالمراهم اليودية او لزئبقية والمس بصبغة اليود او بمحلول ليجول

(الفصل الثالث)

(فى أمراض المرىء)

(المبحث الاول)

(فى الالتهاب المروى ويعرف بعسر الازدراد الالتهابى)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من الالتهاب النزلى والالتهاب ذى الغشاء الكاذب والالتهاب البثرى يعترى الغشاء المخاطى المروى كما يعتريه ايضا قروح وقد يحصل فيه

تتكرز وتفحم عقب تأثير الكاويات الكيماوية الشديدة وقديه ترى المنسوج الخلوى تحت هذا الغشاء التهابات وتجمعات صديدية

فأما الالتهاب النزلى لهذا العضو فأكثر ما يحصل من المؤثرات المضرة الموضعية كالمطعومات الحريفة او الساخنة جدا وكادخال المجس المروى ادخالا غير صناعى وقد يمتد الالتهاب المعدى او الحلق النزلى نحو المرى. كما ان التهاب هذا العضو النزلى قد يكون متعلقا باحتقانات وريدية احتباسية ناشئة عن مرض فى القلب او فى الرئتين فيعم الغشاء المخاطى لجميع القناة الهضمية

وأما الالتهاب المروى ذو الغشاء الكاذب فتندر مشاهدته ويكاد لا يحصل الا عند وجود التهاب ذى غشاء كاذب فى الحنجرة او الحلق او مدة سير التيفوس او الحالة التيفويدية للهيضة او فى الحميات الطفحية الحادة

وأما الالتهاب البثرى للمرى. فيندر حصوله فى الجدرى او عقب استعمال الطرطير المقئ

وأما قروح المرى. فالاغلب ان تنشأ من أجسام حادة تنبت مثل الغشاء المخاطى او من أجسام زاوية تقف فى أحد اجزاء هذا العضو وتحتبس فيه ويندر ان تتكون عقب كى الغشاء المخاطى وفى مدة سير الالتهاب النزلى المزمن لهذا العضو وعين هذه الاسباب قد تؤدى لالتهاب المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وتقيحه واما التفحم الجزئى من الغشاء المخاطى المروى فانه يحصل عقب تأثير الجواهر الاكالة سيما الحوامض المركزة

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب المروى النزلى فتندر مشاهدته على شكل حاد فى الجثة وان شوهد كان الغشاء المخاطى ذا احمرار شديد منتفخا سهل التمزق ومغطى بافراز مخاطى واما الالتهاب المروى النزلى المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطى سيما الثلثة السفلى سميكا اسمر محمرا ومحتقنا او سنجابيا ومغطى بمادة مخاطية لزجة وقد ينتج عن الالتهاب المذكور لهذا العضو اتساع فيه عقب استرخاء طبقته العضلية كما ينتج عنه ضيق فيه عقب الضخامة الجزئية لطبقته العضلية المذكورة هى والمنسوج الخلوى تحتها راجع المبحث الثانى والثالث

وأما الالتهاب المروى ذو الغشاء الكاذب فيوجد فيه الغشاء المخاطى احمر قاتما ومغطى ببضع غشائى مختلف السمك على هيئة لطخ اوأغشية ممتدة

واما الالتهاب البثرى لهذا العضو فتتكون فى طبقته البشرية بثرات غير واضحة تمتلئ بالصديد وتنفجر فيخلفها فقد جوهر سطحى وهذا الشكل يكون قاصرا على الثلث السفلى المروى اذا كان هذا الالتهاب ناتجا عن استعمال الطرطير المقيئ

واما قروح المرئ فالغالب ان تكون على هيئة تسلخات سطحية فى سطح الغشاء المخاطى لكن قد يتقرح جميع سمك الغشاء المخاطى بل قد يمتد التقرح الى الطبقة العضلية والمنسوج الخلوى المحيط بها

واما التهاب المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى فقد ينشأ عنه سماكة وتضايق فى المرئ اذا كان سير هذا الالتهاب مزمنا وقد ينشأ عنه تقيح وخراجات اذا كان سيره حادا

واما الالتهاب المروى الذى ينتج عن جواهر كاوية فتستحيل فيه الاصقاع المصابة الى خشكريشات سمرة متغيرة اللون او مسودة ويظهر حولها بسرعة احتقان ونضح غزير من مادة مصلية ثم تنفصل الخشكريشة وقد يستعاض فقد الجوهر لكن يخلفه دائما تضايق فى المرئ متى كان التهتك عظيما عقب انقباض المنسوج الندبى

(الاعراض والسير)

يتضح بسهولة عند ازدراد بلعات غذائية ساخنة قلة احساس المرئ سيما جزءه السفلى فلا تحصل الآلام الا فى الالتهابات المروية الشديدة جدا كالتى تحصل عقب حرق هذا العضو وجرحه بواسطة أجسام حادة مدببة وكالتى تعقب تأثير الجواهر الكاوية الاكالة ويحس بهذه الآلام حينئذ فى الجزء الغائر من الصدر وفى الظهر بين الكتفين ثم ان هذه الاشكال الثقيلة من الالتهاب يشاهد فيها ايضا عسر فى الازدراد متى التهبت عضلات المرئ وارتشحت بمادة مصلية اذ لا يكون لها مقدرة حينئذ على دفع البلعات الغذائية وهذه الحالة المعروفة قديما بعسر الازدراد الالتهابى تصطحب دائما

بضيق وضجر شديدين وكلما كان وقوف البلعة الغذائية فى اعلى المرىء كان احساس المريض بها اقوى وعند اجراء حركات ازدراد جديدة يمكن بانقباضات المرىء عوضا عن دفعها ما احتوى عليه هذا العضو الى اسفل طرده الى اعلى بحيث تتقهقر الاغذية المزدردة ثانيا ويخرج معها مواد مخاطية مدممة وبعض اجزاء من النضح الالتهابى وجميع هذه الاعراض يصطحب دائما بعطش شديد وقد تكون مصحوبة مع ذلك باعراض حمية سيما اذا امتد الالتهاب امتدادا عظيما ثم اذا كان سير هذا المرض حميدا تزول الاعراض تدريجيا فى الغالب وقد تزول دفعة واحدة عقب انفتاح خراج متكون فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى المروى وقد يخلف هذا المرض تضايقات مروية وربما اعقبه الموت عقب تثقب المرىء او تمزقه راجع المبحث الخامس

واما الاشكال الخفيفة من الالتهاب المروى النزلى الحاد والمزمن فلا تصطحب باضطرابات واضحة مدة الحياة سيما الالتهاب المروى البثرى والالتهاب المروى ذو الغشاء الكاذب يكاد لا يعرف الا اذا حصل خروج مواد غشائية كاذبة فان هذا الشكل من الالتهاب المروى اذا اصطحب بالتهاب حنجرى او بلعومى ذى غشاء كاذب تختفى اعراضه وهى الآلام وعسر الازدراد باعراض هذين المرضين كعسر التنفس ونحوه كما انه اذا ظهر ظهورا تابعيا فى التيفوس او غيره من الامراض لا تتيسر معرفته ايضا فان المريض حينئذ يكون ذا هبوط وخدر عظيم فلا تسمع له شكوى بخصوص هذا المرض

واما القروح المروية المزمنة فانه ينشأ عنها احيانا آلام قارة فى محل معين من هذا العضو وعسر مستمر فى الازدراد لكن لا يتيسر تمييزها عن التضايقات الا بعد ادخال المجس المروى غالبا اذ فى حال التقرح المروى لا يعوق المجس عائق ويخرج معه مواد مخاطية مدممة وعند التحام القروح المروية تتضح اعراض تضايق المرىء

(المعالجة)

معالجة الالتهاب المروى لا تكون الا فى الاحوال الثقيلة جدا لان اشكاله

الحقيقة لا تعرف فتستخرج الاجسام الغريبة الناشئ عنها الالتهاب على حسب القوانين الجراحية وعند حصول التآكل بواسطة الحوامض المعدنية او القلويات الكاوية لا ينبغى استعمال مضادات هذه الجواهر الا اذا كان المرض حديثا وليقتصر فى الالتهابات الحادة لهذا العضو على اعطاء الماء الجليدى او تعاطى بعض قطع صغيرة منه فى الفم ثم استحلابها واستعمال الاستفراغات الدموية عامة او موضعية لا ثمرة فيه اصلا بل ربما كان مضرا كما ان تعاطى الادوية عسر ولا نجاح فيه غالبا واذا كان المريض ذا اقتدار على الازدراد لا نعطى له الا الاغذية السائلة واذا لم يكن ذا قدرة على الازدراد يلتجأ لتغذيته بواسطة المجس المروى او الحقن وعند وجود قروح مزمنة لا تثمر الطرق العلاجية المتعددة الموصى باستعمالها فيقتصر حينئذ فى معالجة المرضى على تغذيتهم بغاية الاحتراس واللطف

(المبحث الثانى)

(فى تضايق المرىء)

(كيفية الظهور والاسباب)

تضايق المرىء تارة ينشأ عن الضغط الواقع عليه وتارة عن نمو تولدات مرضية فى قناته وتارة عن تغيرات فى جدره وهذه الحالة هى الجديرة بان تسمى بتضايق المرىء وهى تنتج عن انتهاآت الالتهاب المذكور فى المبحث السابق

(الصفات التشريحية)

اما الضغط على المرىء فقد يحصل بكيفية ميخانيكية واغلب الاسباب هى اما من انتفاخ الغدة الدرقية والغدد الليمفاوية للعنق وغدد الحجاب المنصف واما من تحول العظم اللامى واما من الاورام العظمية التى تحصل فى العمود الفقرى واما من الخراجات والاورام الكائنة بين القصبة الهوائية والمرىء واما من سرطان الرئة والبليورا والانوريزما وتارة وهو نادر تضغط الجيوب المروية التى سنشرحها فى المبحث الآتى على الاجزاء الكائنة اسفل منها من المرىء وقد وجد فى بعض الاحوال التى شوهد فيها علامة انضغاط المرىء واضحة مدة الحياة ان الشريان تحت الترقوة الايمن المتمدد تمددا مرضيا خارج من خلف الشريان تحت الترقوة الايسر وسائر جهة اليمين من بين

القصبة الهوائية والمرىء اومن بين المرىء والعمود الفقرى وهذا الشكل من تعسر الازدراد الناشئ عن عيب طبيعي يسمى بعسر الازدراد الخلقى

واما التولدات الجديدة التى تظهر على السطح الباطن من المرىء فهى اكثر الاسباب انتاجا للتضايق وسنتكلم عليها فى المبحث الرابع

واما ما يسمى بتضايق المرىء حقيقة فينشأ اولا عن انقباض ندبى فى اغشيته يتكون عقب فقد جوهر عظيم فيها وهو يخلف فى الغالب التآكل او القروح الممتدة وثانيا عن ضخامة فى الطبقة العضلية والمنسوج الخلوى الكائن بين اليافها ناتجة عن الالتهاب النزلى المزمن لهذا العضو بحيث يظهر عند شق جدار هذا العضو السميك جدا اشقاطوليا هيئة مخططة مخصوصة لان الالياف العضلية الضخمة تكون ذات لون اسمر محمر واما المنسوج الخلوى الضخم الكائن بينها فيكون ذا لون مبيض ومكونا لحواجز ليفية ومع ذلك يكون الغشاء المخاطى على الدوام ثخينا منتفخا غير مستو وثالثا عن ضخامة فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى لهذا العضو وانكماشه انكماشا ندبيا

ثم ان تضايق المرىء تارة يكون غير واضح بالكلية وتارة يكون عظيما جدا بحيث ينسد تجويفه وهذا التضايق يعترى الثلث السفلى من المرىء غالبا وقد يشاهد فى بقية اجزائه وجدر المرىء على محل التضايق تكاد تكون ذات ضخامة على الدوام وقناة هذا الجزء الاعلى متسعة واما جدره اسفل محل التضايق فتكون ذات رقة وقناة هذا الجزء الاسفل منطبقة

(الاعراض والسير)

حيث ان تضايق المرىء على اختلاف اسبابه يتكون دائما تكونا تدريجيا يبتدأ ولا بد هذا المرض باعراض غير خطرة وغير مهمة فى الظاهر اذ قد يستمر العائق زمنا طويلا خفيفا عند ازدراد البلعات الغذائية العظيمة ثم يزول بالشرب وباجراء حركات ازدرادية قوية فيكون ذلك هو العرض الوحيد لهذا المرض ثم يزداد عسر الازدراد شيأ فشيأ ولو اعتنت المرضى بمضغ الاغذية وتجزئتها بحيث يتعسر عليهم تدريجا ازدراد البلعة الغذائية

و وصولها الى المعدة والجزء الذى تحس المرضى فيه بوقوف البلعة الغذائية يكاد يكون على الدوام خلف قاعدة القص وان كان محل التضايق قريبا من الفؤاد أى فم المعدة ثم يقوى ازدياد عسر الازدراد بحيث لا يتيسر ازدراد الجواهر السائلة

وكلما عظم العائق وقل امكان قهره بواسطة الشرب او باجراء حركات ازدرادية جديدة كثر تقهقر البلعة الغذائية واندفاعها الى الاعلى ثانيا وارتداد البلعة الغذائية لا يكون بحركات ديدانية عكسية اى غير طبيعية كما قد يتوهم ومعنى كونها عكسية ان يعقب انقباض جزء غائر من المرىء انقباض الجزء الاعلى منه لان هذه الحركات لا تحصل فى المرىء اصلا كما ثبت ذلك بالمشاهدات الفسيولوجية بل ان انقباضات المرىء التى تحدث بالصناعة لا تسرى دائما الا من الاعلى الى الاسفل حتى تجاوز محل التضايق ومع ذلك فلا مانع من اندفاع البلعة الغذائية وتقهقرها الى اعلى اذا لم يمكن مرورها الى اسفل بالحركات الديدانية الطبيعية اى المستقيمة التى تمتد من اعلى الى اسفل حتى تصل الى محل التضايق فلا يتيسر مرور البلعة منه فحينئذ تتتابع البلعات بتملىء المرىء وتدفع السفلى ما فوقها فيحصل تقهقر فيما احتوى عليه المرىء الى الفم ثانيا واحيانا لا يحصل ادنى انقباض فى عضلات البطن عند حصول هذا الشكل من القىء وفى احوال أخرى تحصل انقباضات تشنجية فى عضلات البطن بدون ان يكون لذلك دخل فى استفراغ المرىء وعند ازدياد التضايق فى المرىء يحس على الدوام بعد الاكل والشرب بضغط مؤلم غائر فى الصدر مصحوب بقلق وضجر عظيمين يرتقيان الى درجة عظيمة حتى تقذف المواد المزدردة سواء كانت قليلة الكمية او كثيرتها وهو الغالب من الفم ثانيا اختيارا او اضطرارا بواسطة مجهودات ازدرادية انقذافا متعبا تدريجيا وتكون المواد المندفعة ثانيا قليلة التغير لكنها مختلطة بمواد مخاطية كثيرة

ومما يؤكد لنا حقيقة التشخيص استعمال المجس المروى اذ به يعرف التضايق ودرجته ومجلسه بل وشكله

ومع وجود هذه الظواهر الناتجة عن التضايق او وجود سرطان اوغيره من

الاورام تشاهد مخافة تدريجية تأخذ فى التزايد دائما ناتجة عن عدم وصول الجواهر الغذائية للمعدة فحينئذ تهبط البطن ويمتنع التبرز ايام بل اسابيع فتهلك المرضى من الحرمان والجوع

(المعالجة)

معالجة تضايق المرىء من تعلقات الجراحة وبحذق الطبيب والصبر والمداومة يمكن الحصول على نتائج عظيمة بحيث فى ابتداء الامر الذى لا يتيسر فيه احيانا ادخال اساطير مرنة دقيقة يمكن الوصول بالتدريج فيما بعد لادخال مجسات مروية عظيمة بل وبلعة غذائية مناسبة الحجم كما شوهد ذلك فى مريض عولج فى الاكلينك الجراحى فى مدينة حريسولد كان مصابا بتضايق مروى حاصل عن اسباب غير مدركة وحيث يكون المرىء المتضايق على الدوام مجلسا لمواد مخاطية متراكمة تزيد فى عوق مرور المطعومات نوصى المرضى المصابة بتضايقات مروية باستعمال ماء الصودا او محلول بى كربونات الصودا كواسطة تسكينية ونأمرها بتعاطى جملة ملاعق من هذا المحلول الدوائى قبل كل اكل حتى تندفع المواد المخاطية ويسهل مرور المطعومات منه

(المبحث الثالث)

(فى تمدد المرىء)

(كيفية الظهور والاسباب)

تمدد المرىء اما ان يكون عاما لهذا العضو او جزئيا قاصرا على امتداد قليل منه وقد لا يعترى هذا الاخير الا جهة من جدره فينشأ عن ذلك تجاويف فيها كثيرا ما يعظم حجمها فتصير على شكل جيوب متصلة بالمرىء تسمى بالجيوب المروية وقد تتكون جدر تلك الجيوب من الغشاء المخاطى فقط بان يبرز هذا الغشاء بين الياف المرىء العضلية على هيئة الفتق ويكون مغطى بالطبقة الخلوية الظاهرة

واكثر ما يشاهد بقطع النظر عن تكون الجيوب المروية تمدد هذا العضو اعلى محل تضايقاته ثم اذا حصل تضايق فى الفؤاد كان التمدد المروى عاما وان حصل تضايق فى المرىء كان التمدد جزئيا وقد يكون العام ناشئا عن التهابه

النزلى المزمن وشلل طبقته العضلية الناشئ عنه و يظهر أن تمدد المرى الذى قد يشاهد عند المرضى المصابة بامراض مزمنة فى المعدة مع فى متكرر ناشئ عن ذلك ايضا وكثيرا ما تكون اسباب تمدد المرى غير معروفة رأسا واما زعم بعضهم أنه ناشئ عن ارتجاج الجسم او عن معالجة داء النقرس بتعاطى كمية عظيمة جدا من الماء الفاتر فلا يعول عليه وقد تتكون الجيوب المروية عن الاجسام الغريبة التى تنشب فى ثنيات الغشاء المخاطى وتغور فى جدره شيأ فشيأ بضغط الاغذية المارة عليها من البلعوم وقد تتكون فى بعض الاحوال من ضمور بعض الغدد الشعبية التى كانت متصلة بالغشاء المخاطى مدة التهابها او انتفاخها ثم جذبته معها عند ضمورها وقد لا تعرف اسباب تكون الجيوب المروية بالكلية

(الصفات التشريحية)

اما التمدد العام للمرى فتكون فيه قناة هذا العضو متسعة فى غلظ ذراع الرجل وجدرها ذات ضخامة غالبا و يندر كونها رقيقة

وأما التمدد الجزئى ففيه يكون الجزء الذى فى أعلى محل التضايق مباشرة أكثر اتساعا ثم يتناقص نحو الاعلى بحيث يتكون من ذلك كيس مستطيل يوجد فى قاعدته فتحة ضيقة

وأما الجيوب المروية فتتكون فى الاغلب حذاء تفرع القصبة الرئوية وقد تتكون فى محل اتصال البلعوم بالمرى وهذه الجيوب فى الابتداء تكون مستديرة ثم تستحيل فيما بعد الى معلقات اسطوانية او هرمية كائنة بين البلعوم والعمود الفقرى واستطراق هذه الجيوب بالمرى يكون بواسطة فتحة ضيقة ميزابية منكمشة وقد تظهر هذه الجيوب كامتدادا عورى للمرى فيه تتراكم المواد الغذائية فالجزء السفلى من المرى اذذاك يكون فارغا منضايقا منطبقا على نفسه

(الاعراض والسير)

أما التمدد العام للمرى فيوجد بدون ظواهر مرضية تدل عليه وأما التمدد الجزئى الكائن اعلى محل التضايق فلا ينوع اعراض التضايق الا من حيث كون الاغذية تمكث زمنا طويلا فى المرى وتتراكم فيه بمقدار عظيم

قبل ان تتقهقر وعند طردها الى الخارج (بحركة كحركة الاجترار) تكون لينة جدا مختلطة بمواد مخاطية وتارة فاسدة متعفنة لكنها غير منهضمة وذات خواص قلوية فينبغي الالتفات الى هذا الامر اذ به يتميز كون الاغذية مرتدة من المعدة او من المرئ•

ومتى وصلت الجيوب المروية لحجم عظيم جدا بحيث تقف الاغذية فيها بدل المعدة نتج عن ذلك اعراض تشابه اعراض تضايق المرئ المصحوبة بقدد جزئى تابعى فالاغذية المزدردة تنطرد ثانيا بعد يسير من الساعات غالبا وتكون ذات فساد متقدم وينتشر من فم المرضى رائحة كريهة منتنة وقد لا تعرف حقيقة التشخيص الا بالجس المروى فانه تارة يصادم عائقا عظيما وتارة ينزلق من امام الجيب المروى ويصل الى المعدة بدون عائق واذا كان الجيب المروى فى مبتداه هذا العضو اى نحو طرفه العلوى أمكن ان يشاهد خلف الحنجرة ورم رخو يزيد حجمه عقب تعاطى المطعومات ويتناقص عقب استفراغها وأما اذا كان اسفل من ذلك فينتج عنه احيانا من الضغط على القصبة الهوائية والاوعية الغليظة عسر عظيم فى التنفس واضطرابات فى الدورة الدموية وفى مثل هذه الحالة تهلك المرضى جوعا

(المعالجة)

ليس للصناعة اقتدار على معالجة تمدد المرئ• نعم اذا تيسر الوصول بالمجس الى المعدة من امام الجيب المروى وجب تغذية المريض زمنا طويلا بواسطة ذلك المجس عسى ان يصغر حجم الجيب المروى عقب منع دخول الاغذية فيه وهيهات ان يحصل ذلك

(المبحث الرابع)

(فى التولدات الجديدة المرضية للمرئ•)

(كيفية الظهور والاسباب)

يندر مشاهدة الاورام الليفية فى المرئ• وأما الدرن فيكاد لا يشاهد فيه مطلقا وأما السرطان فيحصل فيه بكثرة والغالب ان يكون حصوله فى هذا العضو اوليا ويندر امتداده اليه من التولدات السرطانية للحجاب المنصف

واسباب الاستحالة السرطانية لهذا العضو غير معروفة لنا كاسباب التولدات السرطانية لغيره من الاعضاء ويقال ان أكثر من يصاب به المعتادون على الافراط فى تعاطى المشروبات الكؤلية

(الصفات التشريحية)

اما الاورام اللبفية فهى تجمعات متحركة ذات لون ابيض مزرق فى حجم حب العدس او الفول وتتكون فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى لهذا العضو وقد تظهر على شكل بوليبوس ذى عنيق منقسم طرفه السائب الى جملة فصوص والغالب ان يكون منشؤها من سمحاق الغضروف الحنجرى الحلقى كما قاله (روكيتانسكى)

وأما تولداته السرطانية فاكثرها السرطان البشرى ويندر وجود الاسكيروس والسرطان النخاعى فى هذا العضو والاغلب ان يكون مجلس السرطان الثلث السفلى والعلوى من المرىء ويندر ان يعترى الثلث الاوسط والغالب ان الاستحالة المرضية تصيب جميع دائر القناة المروية فتتكون حينئذ التضايق السرطانى لهذا العضو وهذه الاستحالة تبتدئ دائما بالمنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى ثم تمتد بسرعة الى الغشاء المذكور فتبرز على سطحه وعندلين السرطان وتلاشيه تتكون قروح غير منتظمة محاطة بدائرة مرتشحة مغطاة بقطر مدمم ومواد صديدية او بمواد خلية مسودة وقد يمتد سرطان المرىء من طبقته الظاهرة الخلوية الى الاعضاء المجاورة له وعند تقرحه تحصل تثقبات فى القصبة الهوائية والشعب وربما حصلت مع ذلك فى الابهر والشرايين الرئوية

(الاعراض والسير)

أما الاورام اللبفية الصغيرة المتحركة لهذا العضو فلا ينشأ عنها اعراض وأما البوليبوس اللبفى ذو العنيق فيصطحب بظواهر تضايق المرىء وقد ينتج عنه انزفة ويمكن الوصول اليه بالجس المروى بل وبالاصبع ان كان مجلسه جهة الاعلى

وأما سرطان المرىء فلا تعسر معرفته لانه يغلب على الظن وجوده متى ظهر عند مريض متقدم فى السن عسر فى الازدراد بدون سبب معلوم يزداد شيأ

فنشـأ على التعاقب الى ان تنتج عنه الظواهر المهولة التى ذكرناها فى المبحث الثانى من هذا الفصل سيما عند من اعتاد على المشروبات الروحية فان من المعلوم ان اغلب اسباب التضايقات المروية هو السرطان واما بقية أنواع التضايق المروية فنادرة جدا بالنسبة له ويقوى الظن بوجود تضايق سرطانى فى المرىء متى انضم لذلك آلام ناخسة فى محال مختلفة خصوصا بين الكتفين وحصل للمريض نحافة سريعة واكتسب اللون الاصفر الوسخ الكاشكسى الذى يظهر عادة فى الوجه عند من يكون مصابا بالسرطان على العموم ويتأكد التشخيص اذا خرج مع المواد المخاطية او الصديدية المدممة المنبصقة او المتشبثة بالجس المروى قطع سرطانية وتحقق الطبيب من طبيعتها وقد تتناقص اعراض التضايق عند تقدم سير هذا المرض عقب تلاشى السرطان لكن لا تزال النحافة آخذة فى التزايد بسرعة فتنتفخ الاطراف وتتكون تعقدات فى الاوردة الفخذية غالبا وينتهى الحال بالموت عقب النهوكة او عقب تنقب أحد الاعضاء السابق ذكرها

(المعالجة)

توسيع التضايق السرطانى للمرىء بواسطة المجسات أمر خطر فينبغى تركه بدون عملية التوسيع متى عرفت طبيعة المرض وذلك انه فى ابتداء سير هذا المرض يسرع فى تقرحه وفى دوره الاخير يؤدى لحصول التنقبات المروية فالمعالجة حينئذ لا تكون الا عرضية فعند التألم الشديد تعطى الاستحضارات الافيونية وعند عدم القدرة على الازدراد يجتهد فى تغذية المرضى بالحقن من الاسراف وان لم يكن فى ذلك ثمرة من حيثية النجاح

(المبحث الخامس)

(فى تنقب المرىء وتمزقه)

تنقب المرىء اما ان يحصل من الباطن الى الظاهر او من الظاهر الى الباطن فهو حينئذ ذو شكلين فالشكل الاول أكثر ما ينتج عن تقرح السرطان وتلاشيه ويندر حصوله عقب تقرحات ناشئة عن شظيات عظمية او عقب تهتكات غائرة ناتجة عن تأثير جواهر كاوية واما القرحة الثاقبة كالتى تشاهد فى المعدة والاثنى عشرى فلا تشاهد فى المرىء واما الشكل الثانى اى

تنقب

تثقب المرىء من الظاهر الى الباطن فينشأ اما عن اينوريزما الاورطى او عن تقرح الغدد الشعبية الدرنية وتلاشيهما التى مجلسهما محل تفرع القصبة الهوائية واما عن خراجات كائنة على الجهة المقدمة من العمود الفقرى ناشئة عن تسوس الفقرات او عن كهوف درنية

واما تمزق المرىء بدون تقدم تغيرات مادية فى جدره فلم يشاهد الا نادرا جدا والغالب ان جدر المرىء التى كانت منهتكة بالكلية اما بواسطة السرطان او التأكل بالكاويات والتقرحات وقريبة من التمزق تمزق فجأة عند التجشى الشديد او القىء

ومتى انثقبت جدر المرىء باحدى الكيفيات المذكورة وصل متحصله الى المنسوج الخلوى المحيط به او تكون عن ذلك استطراقات بين هذا العضو والقصبة الهوائية او بينه وبين تجاويف البليورا او الثامورا او بينه وبين الاوعية الغليظة

وقد يظهر فى الاعضاء المجاورة للمرىء التهابات التصاقية قبل حصول التمزق او التثقب بسبب تقدم الفساد نحوها واعراض هذه الالتهابات حينئذ تعتبر من مقدمات هذا التثقب وقد شاهدت عند مريض مصاب بسرطان فى المرىء ظهور التهاب بلوراوى مزدوج والتهاب ثامورى ظهورا تدريجيا وعند فعل الصفات التشريحية وجدت المحال الملاصقة للسرطان من البليورا وغلاف القلب متغيرة اللون وواقعة فى حالة خشكريشة لكن لم يكن حصل فيها خروج متحصل المرىء فى هذه التجاويف

وعند حصول التمزق نفسه تحصل آلام شديدة غائرة فى الصدر حصولا فجائيا وينضم لذلك قشعريرة وبهاتة وبرودة فى الاطراف واغماء وعلى حسب محل التمزق او التثقب يعقب ذلك اما اعراض اختناق او اعراض التهاب بليوراوى شديد جدا او نزيف غزير ثم يحصل الموت بعد ذلك بقليل او فى الحال

وحيث انه لا معالجة لهذا الداء فلا محل لذكرها

(المبحث السادس)

(فى الامراض العصبية للمرىء)

من الامراض العصبية المروية الايبر يستيزيا اعني ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية ومن ذلك مايسمى بالكرة الايستيرية وهو الاحساس بكرة كأنها تصعد في المرىء وتقف في جزء معين منه وقد سبق ذكر الكرة الايستيرية عند الكلام على الامراض العصبية المخدرة ومن ذلك ايضا الحالة المعتبرة تشنجا مرويا اعني الحالة التي لا يحس فيها المريض الا بانقباض في المرىء به يتصور ان لا قدرة له على الازدراد وهذه الحالة لا يندر وجودها عند الشخص الذي عضه الكلب الكلب وقد ذكر الشهير (ايندرال) حالة فيها الازم الشهير (بو بيه) اوقات الطعام مدة شهر مع مريضة كانت تظن مدة أكلها انها تختنق كلما ارادت الازدراد

واما الانيستيزيا المروية اعني تناقص اوزوال قابلية تنبه اعصاب الحس المروية فلا حاجة الى الكلام عليها لندرة الاحساس الطبيعي جدا لهذا العضو

ومنها الايبر كنيزيا المروية اعني ثوران قابلية تنبه اعصاب الحركة المروية وتسمى بعسر الازدراد التشنجي فتشاهد بكثرة والينبوع الاغلبي لهذا التشنج المروى الانعكاسي هو تهيج الرحم ولذا يشاهد في الغالب بكثرة عند النساء المصابات بالايستيريا وقد يكون ينبوعه مركزيا فيكون عرضا لمرض دماغي اومرض في الجزء العلوى من النخاع الشوكى وقد ينشأ ايضا عن التسمم بالجواهر المخدرة اوالكؤلية والتشنج المروى كغيره من الامراض العصبية ذونوب وفترات فاما النوب فيكثر حصولها في أثناء الاكل بحيث يصير المريض فجأة غير قادر على الازدراد ويكاد يحس على الدوام كأن جسما غريبا واقف في المرىء ثم اذا اعترى التشنج الجزء العلوى من المرىء ارتدت المواد المزدردة حالا واذا اعترى الجزء السفلى منه فلا ترتد المواد الابعد نزولها فيه ببرهة والغالب ان يوجد مع ذلك احساس بتضايق ونوب اختناق واحيانا انقباضات تشنجية في عضلات العنق وبعد استمرار النوبة زمنا متفاوتا في المدة تزول اعراضها بالكلية لكن تارة تبقى درجة قليلة من هذا المرض اسابيع بل اشهرا وتسمى بالضيق التشنجي وعند البحث بالجس المروى لا يوجد في أثناء الفترة ادنى عائق واذا أجرى البحث بالجس مدة

النوبة يزول تارة الانقباض عند الجس ثم انه يوصى فى هذا المرض زيادة عن معالجة المرض الاصلى باستعمال المخدرات سيما البلادونا والجواهر المضادة للتشنج كخشيشة الهر والحلتيت والمانستر واذا لم يتيسر للمريض الازدراد وجب استعمال هذه الوسايط حقنا وانجح الوسايط استعمالا الجس المروى الصناعى المتكرر

ومنها الا كنيزيا المروية اى زوال قابلية تنبيه الاعصاب المروية المحركة اعنى الشلل وهذا المرض يشاهد قبل الموت بقليل مصاحبا لعلامات الشلل العام مشاهدة غير نادرة وقد يكون هذا الشلل المروى ذا ينبوع مركزى فيصاحب امراض الدماغ والجزء العنق من النخاع الشوكى ثم ان هذا المرض اى الشلل المروى اذا كان تاما كان الازدراد متعذرا حتى ان اهل المريض كثيرا ما ينزعجون عندما يرطبون فم المريض الذى كابد حركات النزع لانهم يرونه لاقدرة له على الازدراد وان المواد التى يعطونها له ترتد ثانيا للفم او تصل الى الحنجرة فينتج عنها نوب الاختناق المعلومة وأما اذا كان الشلل غير تام فالبلعة الغذائية لاتكاد تتقدم الا ان البلعات الغذائية العظيمة الحجم والجواهر الصلبة تكون أسهل ازدرادا من غيرها فى هذه الحالة وبالوقوف يسهل الازدراد وبالشرب يستعان على تزحزح البلعة الغذائية والمريض المصاب بعسر الازدراد الذى من هذا النوع لايشتكى باحساس مؤلم عادة والجس المروى لايصادفه عند وضعه عائق فى هذه الحالة

ثم ان المرض الاصلى لخبثه لافائدة فى معالجة شلل المرىء الناتج عنه وقد اوصى بعضهم بادخال المجسات المروية ادخالا متكررا وباعطاء الاستركنين واستعمال الكهربائية وقد قال انه شاهد فى بعض الاحيان فائدة من ذلك

(الفصل الرابع فى امراض المعدة)

(المبحث الاول)

(فى النزلة المعدية الحادة اى الالتهاب النزلى الحاد للغشاء المخاطى المعدى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الغشاء المخاطى المعدى يشاهد فيه مدة كل هضم طبيعى تغيرات اذا شوهدت فى غير هذا الغشاء من الاغشية المخاطية تعتبر تغيرات نزلية وذلك ان افراز

العصير المعدى يكون مصحوبا دائما باحتقان عظيم فى الغشاء المخاطى المعدى يعقبه دائما افراز مخاطى غزير وانفصال كمية عظيمة من اخلية بشرية وهذه الحالة الصحيـة كغيرها من التغيرات المرضيـة الخفيفة المشابهة لها تكون مصحوبة باضطراب بنى عمومى يسمى بحمى الهضم وعلى هذا فالتعريف الذى ينطبق عموما على الالتهاب النزلى للاغشيـة المخاطيـة لايمكن ان ينطبق على النزلة المعدية فان التغير فى الحالة الاولى مرضى وفى الثانية صحى فلا يعبر حينئذ عن تغير الغشاء المخاطى المعدى بانه التهاب نزلى الا اذا جاوز هذا التغير حده الصحى ومن الواضح تجاوز هذه الحالة حدودها الصحية بسبب تكرر الهضم كل يوم وبسبب تعاطى الجواهر الغذائية المضاعفة التركيب او غير الجيدة التى تستعمل عادة فيترتب على ذلك ان النزلة المعدية الحادة تعد من التغيرات المرضيـة الكثيرة الحصول جدا ولهذا السبب كان من الواضح ايضا ان الارتقاء المرضى لحالة صحيـة يزول ويعود بسهولة اكثر من تغيرات اخرى مخالفة بالكلية للاحوال الصحية ولذا كانت النزلة المعدية الحادة عند التمسك بالقواعد الصحية اللائقة والمعالجة الجيدة اقل مكثا واسهل شفاء من غيرها من التغيرات النزلية للاغشية المخاطية الاخرى

ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يختلف باختلاف الاشخاص فنهم من يصاب بسرعة بالنزلة المعـدية من التعرض لمؤثرات رديئة ومنهم من يتحـمل هذه المؤثرات بدون ضرر ومنهم وهو كثير من يكون استعداده للاصابة بهذا المرض بكثرة متعلقا بتناقص فى افراز العصيـر المعدى اذ به يسهـل حصول تحللات غير طبيعية فى المعـدة وهذا هو السبب الغالب فى حصول النزلات المعدية وبهذا السبب ايضا اى تناقص افراز العصـير المعدى يشاهد كثرة استعداد الاشخاص المصابين بامراض حمية لهذا المرض والقول بانه يوجد فى جميع الاحوال الحمية نزلات معدية من المبالغات المتجاوزة الحد فان كلا من تغطية اللسان وفقـد الشهية عند المريض المحموم لايترتب عليه وجود تلك النزلة نعم حيث انه فى كل حمى يحصـل بارتقاء درجـة الحرارة ازدياد فى التبخير المائى بواسطة الجلد والرئتـين فلابد وأن يتناقص افراز اللعاب ويستنبط من ذلك تناقص افراز العصير المعدى ايضا وهذا الحكم لايثبت

بمجرد مقارنة العصير المعدى بغيره من الافرازات بل ايضا بالمشاهدات اللاواسطية للطبيب (ومن) وعلى هذا اذا لم تحصل مراعاة هذا الامر ولم تحترس المرضى الاحتراسات اللازمة فى اجراء التدبير الصحى الغذائى الموافق لتناقص افراز اللعاب والعصير المعدى لابد وان تحصل نزلات معدية ثقيلة واغلب المضاعفات المعدية التى تشاهد مدة سير الامراض الالتهابية كالالتهاب الرئوى وغيره ينتج بدون شك من اهمال التدبير الصحى الغذائى

وكذا زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية الحادة فى الاشخاص المنهوكين ذوى التغذية الرديئة يظهر انها ناشئة عن تناقص افراز اللعاب والعصير المعدى او بكونهما ضعيفين غير كافيين فى الهضم اذ بذلك يسهل تحلل المطعومات وفسادها ومن القواعد المطردة انه متى تناقصت كمية الدم حصل تناقص فى افراز العصير المعدى كغيره من الافرازات وحيث ان التكون الخلوى الفسيلوجى فى المنهوكين يكون متناقصا والقوة الحيوية لجميع الخلايا منحطة كذلك فلا شك انه فى مثل هذه الاحوال تتناقص كل من كمية اللعاب والعصير المعدى ولا يحتوى الاعلى قليل من الجسيمات اللعابية او العصيرية المعدية ذات الخاصية التخميرية الضعيفة ولذا يشاهد كثيرا فى الناقهين نزلات معدية بكثرة عند تعاطى مطعومات لاتضر بهم فى وقت آخر بسبب ضعف تأثير كل من اللعاب والعصير المعدى وعدم تحلل المواد الغذائية تحللا تاما بحيث يبقى جزء منها فى المعدة فاسدا ومثل ذلك يقال فى الاطفال المنهوكين فانها تصاب بالنزلة المعدية عند تعاطى كمية من لبن الام اولبن البقر مخففا بالماء لاتضر بغيرهم من الاطفال اقوياء البنية المماثلين لهم فى السن

وأقل من ذلك سهولة فى التوجيه ازدياد الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية فى الاشخاص الذين يصونون معدتهم مع غاية الاحتراس من جميع المنبهات الغير الطبيعية فان الاشخاص الغير المعتادين على تعاطى بعض المشروبات الروحية والاطفال الملاحظ فيهم التدبير الغذائى بغاية الضبط يكثر فيهم حصول النزلات المعدية متى أهمل تدبيرهم الصحى ولو يسيرا بخلاف غيرهم

من الاشخاص المعتادين يوميا على تعاطى قليل من المشروبات الروحية والاطفال المعتادين ايضا على تعاطى الاغذية المتنوعة العسرة الهضم فيندر فيهم حصول النزلات المعدية وبالجملة يشاهد ايضا زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية فيمن اصيب بهذا الداء مرارا

وأما الاسباب المتممة لحصول النزلة المعدية فمنها ادخال كمية عظيمة جدا من الجواهر الغذائية فى المعدة ولو سهلة الهضم فى حد ذاتها وقد أشرنا فيما مر الى ان حصول النزلة المعدية فى مثل هذه الحالة لا يكون ناشئا عن امتلاء المعدة بل عن تاثير متحصلات التحليل والفساد الحاصل من عدم كفاية كمية العصير المعدى المنفرز فى هضم الجواهر الغذائية الموجودة فى المعدة ولذا لا يشاهد حصول النزلة المعدية عقب زيادة امتلاء المعدة بدون واسطة بل لا تشاهد اعراض هذه النزلة الا فى اليوم التالى ليوم حصول الامتلاء المذكور

ويندر تعاطى كمية من المطعومات زائدة عن الحد بالنسبة للبالغين والاشخاص المتفطنين بدون مقتض بخلاف الاطفال الحديثى الفطام فانهم لا يستشعرون بالشبع فيفرطون فى المآكل متى أمكنهم ذلك افراطا موجبا لزيادة امتلاء المعدة خصوصا الاطفال الممنوعين من ذلك مع شدة الاحتراس ومن المعلوم ان الاطفال الرضع لا يوجد فيهم الاحساس بالشبع فتراهم يزدردون اللبن متى وجدوه الى ان تمتلئ معدتهم زيادة فاذا تقايؤه زال هذا الامتلاء الزائد ولم يبق فى المعدة الا ما يمكن هضمه واذا لم يتقايؤه بقى هذا الامتلاء فيصابون بالنزلة المعدية ولو كان ما تعاطوه من الطف الاغذية ومما اشتهر بين لقوابل ان الاطفال الذين يتقايؤن اللبن بسهولة يحفظون صحتهم فلا يكثر مرضهم كغيرهم

ومنها تعاطى الجواهر الغذائية العسرة الهضم ولو بكمية متوسطة وفى هذه الحالة ايضا لا تؤثر هذه الجواهر الغذائية تأثيرا مهيجا فى الغشاء المخاطى المعدى بل المؤثر متحصلات تحليلها وفسادها المتكونة عند عدم تمام هضمها ثم ان عسر هضم الجواهر الغذائية يتعلق فى الغالب بشكلها فان ذوى الشراهة وعديمى الاسنان وان ادخلوا فى معداتهم جواهر غذائية سهلة الهضم فى حد

ذاتها لكن على حالة بها يعسر تشربها بالعصير المعدى لقلة تجزى الاغذية وتخلل العصارة المعدية فى جميع أجزائها ومن المعلوم ان صفار البيض الشديد الاستواء اسهل فى الهضم من بياضه وذلك لان الاول يسهل تجزئته فى الفم سهولة عظيمة دون الثانى فلا تتيسر تجزئته الى جزيئات صغيرة الا بعسر عظيم فاذا حصل ازدراده قبل ذلك كان عسر الهضم وكذلك اللحوم الشحمية وامراقها الدسمة فانه كثيرا ما ينشأ عنها نزلات معدية لكن ليس هذا ناشئا كما تعتقده العامة من عسر هضم الشحوم بل من عوق تشرب اللحوم بالعصير المعدى واختلاطه بهذه المواد الدسمة فيعسر هضمها ولا نذكر هنا جميع الجواهر العسرة الهضم التى ينشأ عن تعاطيها ولو بمقدار لائق نزلات معدية مخافة من طول الكلام

ومنها وهو كثير جدا ادخال جواهر غذائية آخذة فى الفساد قبل وصولها الى المعدة فانه يمكن حصول النزلة المعدية فى البالغين من تعاطى اللحوم الآخذة فى التعفن ومن البوزة الغير التامة التخمير ونحو ذلك ويحصل فى الاطفال بكثرة من تعاطى اللبن الذى ابتدأ فيه تخمر الحمض اللبنى ولذا تتعسر تغذية الاطفال تغذية صناعية مدة الصيف لكون فساد اللبن فى هذا الفصل سريع الحصول فاذا لم ينظف فم الاطفال تنظيفا جيدا وأعطى لهم اللبن فى ثدى صناعى لاجل عدم صراخهم أمكن ابتداء فساد لبن البقر بل ولبن الام ولو حديثا فى الفم (ومن المعلوم انه يلزم الدقة فى تنظيف اناء اللبن المراد حفظ اللبن فيه عن الفساد وتنقيته من الجزيئات الفاسدة التى توجد فيه عادة حتى يحصل على هذه الغاية) ومتى ابتدأ فساد اللبن المحتوية عليه المعدة أثر فى اللبن الطارئ ولو جيدا مهما أمكن كسم بحيث انه يفسد بسرعة وسنذكر فيما سيأتى ان الجواهر الآخذة فى التخمر يمكن انها تحدث فى جدر المعدة فسادا ولينا بعد الموت ومثل هذا التأثير وان كان لا يقع على المعدة مدة الحياة بسبب الدورة الدموية والتبادل العنصرى السريع فى تلك الجدر الا انه ليس من البعيد عن العقل ان الطبقة البشرية ذات التغذية القليلة القوة تفسد مدة الحياة بتأثير متحصل المعدة الآخذ فى التخمر وان تعرى الغشاء المخاطى من طبقته البشرية الحافظة له يؤدى لافراز غزير جدا فيظهر أن

اعراض القيء والاسهال مدة الحياة ولين المعدة بعد الموت لا ينتج عن متحصل تخمر الحمض اللبني اعني حمض اللبنيك بل عن فعل التخمر نفسه ويستنتج ذلك من كون اللبن المنعقد الذي استحال سكره اللبني الى حمض لبنيك استحالة تامة يمكن تناوله بمقدار عظيم بدون ان ينتج عنه ادنى ضرر للاطفال الكبار او البالغين وان اللبن المعدي المذكور يمكن حدوثه في معدة بعض الحيوانات بعد فصلها منه بإلتهابا اللبن الحديث وتعريضها الدرجة حرارة لطيفة واحداث اللين بهذه الكيفية فيها أسهل منه اذملئت بحوامض محققة

ومنها وهو كثير حصولها عقب تهيج الغشاء المخاطي المعدي بواسطة المطعومات الحارة او الباردة جدا او الجواهر الدوائية والكؤل والافاويه الا ان تأثير الكؤل كلما كان أقل خفة كان أكثر ضررا وأما الافاويه ونحوها من الجواهر المنبهة فان استعملت بمقدار قليل نبهت حركة الهضم وأعانت على حصوله بازدياد افراز اللعاب والعصير المعدي بطريق الانعكاس وان استعملت بمقدار عظيم زاد التنبيه المذكور زيادة مجاوزة للحد فتؤدي لحصول النزلة المعدية

ومنها حصولها من ادخال جواهر تعوق القوة الهاضمة للعصير المعدي أو تضعف حركة المعدة وتبطئها ومن الواضح ان كلا من هذين التأثيرين يؤدي لفساد المواد المحتوية عليها المعدة والافراط في المشروبات الروحية زيادة عن تأثير الكؤل المهيج للاواسطى في الغشاء المخاطي المعدي من قبيل هذه الاسباب ولذا تشاهد مواد القيء في اليوم التالي ليوم الافراط في المشروبات الروحية متكونة من مواد طعامية غير منهضمة تكاد لا تكون متغيرة بالكلية ومن قبيل هذه الاسباب المخدرات سيما المركبات الافيونية فانها تضعف حركات المعدة وتعوقها عن مزج المطعومات بالعصير المعدي وبطول بقائها بها تحدث نزلات معدية كما يشاهد ذلك بكثرة عقب استعمال مقدار عظيم من هذه الجواهر

ومنها انها قد تحصل من تأثير البرد الا ان حصولها منه أقل من حصول نزلة المسالك الهوائية به

وبالجملة كثيرا ما تشاهد نزلات معدية بكثرة بدون اسباب معروفة في ازمنة

مخصوصة

مخصوصة بتسلطن الحالة المرضية الوبائية المعدية كان الامراض المختلفة في ازمنة هذا التسلطن تتضاعف بنزلات معدية بدون سبب واضح ومن هذا القبيل النزلة المعدية الوبائية المصحوبة بحركة حمية قوية والممتدة الى القناة المعوية فتحدث مايسمى بالهيضة الافرادية واما النزلة المعدية العرضية للتسمم في الدم فنتكلم عليها في محلها

(الصفات التشريحية)

يندر مشاهدة آثار النزلة المعدية الحادة في الرمة ومتى أمكن ذلك شوهد الغشاء المخاطي المعدي محمرا احمرارا نقطيا بسبب الاحتقان الخفيف ومنسوجه رخوا وسطحه الظاهر مغطى بمادة مخاطية لزجة والغالب أن لا يشاهد في المعدة تغير في الاطفال الذين هلكوا باعراض الهيضة الطفلية ولاغرابة في ذلك فان الاحتقان الشعرى للاغشية المخاطية غير المعدية الذى يحقق وجوده مدة الحياة بالنظر يزول ولا يبقى له أثر بعد الموت وان استرخاء الغشاء المخاطي وانفصال بعض أجزاء من طبقته البشرية اللذين يعتبران سببا للافراز المعدى المعوى الغزير الذى يحصل في الهيضة الطفلية كثيرا ما يخفى علينا رؤيتهما بعد الموت بحيث لا يمكن مطلقا اثبات وجودهما مع التأكيد ولذا كانت المشاهدات اللاواسطية التي اجراها (بومن) على الغشاء المخاطي المعدي في حالة ناصورية معدية عند القسيس (مرتين الكنديارى) مهمة جدا من حيث رؤية التغيرات التشريحية التي تحصل في الغشاء المخاطي المعدي عند التهابه التهابا نزليا رؤية لاواسطية وذلك انه في مثل هذه الحالة متى حصلت نزلة معدية عقب امتلاء المعدة امتلاء مفرطا بجواهر عسرة الهضم اوعقب الافراط في المشروبات الروحية يشاهد الغشاء المخاطي في ابتداء النزلة المذكورة محمرا احمرارا شديدا ومرصعا بقع جرابية محمرة مغطاة بمواد مخاطية لزجة مختلطة في بعض الاصفار بآثار قليلة من الدم وعند تقدم سير هذا المرض تشاهد حموكة في الطبقة المخاطية ويقف انفراز العصير المعدي بالكلية بحيث يكون اغلب السائل الخارج من الناصور المعدي متكونا من مواد مخاطية فقط اومخاطية صديدية ذات خواص قلوية ثم بعد يسير من الايام يزول كل من الافراز المخاطي

والخواص القلوية للمواد المحتوية عليها المعدة وحينئذ يكتسب الغشاء المخاطى المعدى خواصه الطبيعية

واما لين المعدة الذى يشاهد فى رمة بعض الاطفال فهو وان كثر تشخيصه مدة الحياة وتبين ان الصفة التشريحية مؤكدة له وشرح بعضهم اعراضه شرحا واضحا وشوهدت احوال مرضية مطابقة للشرح المذكور بالكلية ليس الا ظاهرة رمية دائما فان الاوصاف التى طبقت على لين المعدة عين اوصاف الهيضة الطفلية والصفات التشريحية التى زعم انها مؤكدة للتشخيص توجيهها فى غاية السهولة وذلك انه متى مات طفل كان مصابا بقىء واسهال عقب تخمر غير طبيعى فى المعدة ولم يزل موجودا فيها جواهر آخذة فى التخمر فالتخمر لا تنقطع حركته عند برودة الجثة بطء او حيث ان المعدة فى هذه الحالة لا تقاوم ذلك التخمر عقب انقطاع الدورة الدموية فيها تشترك فى حركة الفساد فتلين كما تلين المعدة المنفصلة من حيوان بامتلائها باللبن ووضعها زمنا يسيرا فى محل قليل الحرارة ولذا ترى الاطباء الذين يقولون بان لين المعدة ظاهرة رمية يحكمون بوجوده فى الجثة متى مات طفل باعراض الهيضة الطفلية وكان متعاطيا كمية من اللبن او غيره من الجواهر السهلة التحلل والفساد قبل الموت بزمن قليل

ثم ان (روكيتانسكى) الذى لا يقول بان لين جدران المعدة ظاهرة رمية فى جميع الاحوال قد قسمه الى شكلين الشكل الهلامى والشكل الاسود

فالاول منهما يكاد طبقا لقوله ان يبتدئ دائما من قاع المعدة ويمتد بالتدريج الى قوسها العظيم واول شىء يلين الغشاء المخاطى ثم يمتد اللين الى الطبقة العضلية ثم الى الطبقة البريتونية وحينئذ تستحيل جميع اغشية المعدة الى هلام سنجابى فقط او سنجابى محمر ضارب الى الصفرة شفاف تمتد فيها احيانا اشرطة مسمرة موازية للاوعية الدموية الواقعة فى اللين ايضا ثم متى انفصلت الطبقات الباطنة الملينة لقاع المعدة وجد هذا القاع مقوما من مجرد البريتون الذى يكون على هيئة طبقة رقيقة سهلة التمزق فحينئذ المعدة اللينة تتمزق من ادنى امساك باليد وتذوب بين الاصابع بل قد توجد المعدة متمزقة ومتحصلها منسكبا فى تجويف البطن وهذا اللين لا يقتصر على المعدة

ـأنما بل قد يمتد الى الحجاب الحاجز وقد يكون الحجاب المذكور مثقوبا فينسكب متحصل المعدة فى التجويف الايسر للصدر

وأما الشكل الثانى اى الاسود للين المعدة ففيه لا تستحيل جدران المعدة الى مادة هلامية شفافة بل الى عجينة سوداء او مسمرة وهذا التغير يكون متى كانت الاوعية الشعرية للمعدة ممتلئة بالدم وطرأ عليها اللين والاشرطة المسمرة الناشئة من تغير الاوعية الغليظة والدم المحتوية عليه تلك الاوعية فى الشكل الهلامى تنشأ هنا عن نفس هذا التغير فى الاوعية الشعرية وما احتوت عليه من الدم

والادلة التى تثبت لنا ان لين المعدة انما يحصل عقب الموت او عند النزع أقل ما هنالك اى فى الزمن الذى يكاد كل من الدورة والتبادل العنصرى فى الجدر المعدية يكون مفقودا فيه هى

أولا ان لين المعدة يكاد يوجد على الدوام فى قاع المعدة الذى تكون فيه المتحصلات الحضمية المعدية متراكمة ولا يشاهد فى الجزء البوابى الا اذا كانت الجثة مائلة الى الجانب الايمن بحيث تنحدر المتحصلات الحضمية المذكورة اليه

ثانيا ان لين المعدة يشاهد فى جثة بعض الاطفال الذين لم يكن فيهم مدة الحياة ادنى علامة من علامات اضطراب وظيفة المعدة وكانوا قد تعاطوا قبل الموت بقليل لبنا او ماء محلى بالسكر او جواهر أخرى سهلة التخمر

ثالثا ان المشاهدات المعلومة من انه فى الاحوال التى توجد فيها جدر المعدة متمزقة عند فتح الجثة ومتحصلها منسكبا فى تجويف البطن لم يظهر فيها مدة الحياة ادنى عرض من اعراض التهاب البريتون ولا أثر تغيرات تشريحية بريتونية عند فتح الرمة

رابعا ان مايؤيد ذلك اخيرا ماذكرناه من التجارب التى بها يمكن احداث لين صناعى فى جدر المعدة المنفصلة من حيوان

(الاعراض والسير)

اول ما نتكلم هنا على اعراض النزلة المعدية الحادة القليلة الشدة المصحوبة بحركة حمية خفيفة والمكونة لاصابة يومية تقريبا والناشئة فى الغالب عن

تجنب التدبير الصحي وتسمى حينئذ بالحالة المعدية و بفساد المعدة و بالتلبك المعدي فنقول

كما ان حركة الهضم الصحية ينشأ عنها فتور و ملل وعدم ميل الى الاعمال الجسمية والعقلية كذلك ينشأ عن احتقان الغشاء المخاطي المعدي و زيادة افرازه المرتقيين الى درجة النزلة المعدية الحادة ملل عام واحساس بتوعك لا يكونان بنسبة حالة المرض البرهية الخفيفة في الجسم فيحس المريض بهبوط وتعتريه كآبة ويشتكي قشعريرة متناوبة بحرارة وقتية ويحصل له حرارة في الرأس وبرودة في الاطراف ويشتكي آلاما ضاغطة ثقيلة في الجبهة تتشعع نحو مؤخر الرأس وعند الانحناء الى الامام يحس امام الاعين بشرر وكان رأسه يكاد يتمزق والتغير المرضي في الغشاء المخاطي المعدي ينشأ عنه احساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسيفي يستمر ذلك الاحساس ولو كانت المعدة فارغة و يتزايد بالضغط وتنقص الشهية ويزداد العطش والغالب ان يجد المريض كراهة عظيمة للمطعومات واحساسا بغثيان و ينضم لذلك ظواهر أخرى تنشأ عن فساد المواد المحتوية عليها المعدة وانحلالها غير الطبيعي وذلك ان النزلة المعدية كما تنشأ في الغالب عن فساد المواد المحتوية عليها المعدة وانحلالها تكون ايضا سببا لفساد متحصلات المعدة وقد برهن كل من المعلم (بدير وشميد) على ان العصير المعدي متى كان مختلطا بمواد مخاطية وصار قلويا ضعفت قوته عن اذابة الجواهر الزلالية الازوتية اذابة طبيعية ففي مثل هذه الحالة تفسد الجواهر المذكورة وتنحل فينتشر منها رائحة منتنة وهذه التجارب مطابقة بالكلية للمشاهدات اليومية للطب العملي و كذا الجواهر التي لا تنهضم بواسطة العصير المعدي يعتريها ايضا انحلال غير طبيعي في احوال النزلة المعدية فان النشائيات التي اخذت في الاستحالة وقت تناولها من الفم بسبب اختلاطها باللعاب لا تستحيل في المعدة في الاحوال الصحية الا الى سكر واما في النزلة المعدية فالجواهر الغذائية الاولية المتعفنة تؤثر فيها كانها خميرة فيستحيل السكر الناتج عن هضم المواد النشائية الى حمض لبني اوالى سمني غالبا وأما اذا تعاطى المريض في النزلة المعدية جواهر متخمرة كالفقاع المعروف بالبوزة و كالنبيذ اوكان نفس الالتهاب النزلي نتيجة

الافراط

الافراط فى تعاطى الجواهر المذكورة فانه يحصل التخمر الخلى وأما اذا تعاطى جواهر شحمية فانه يتكون عن انحلالها وفسادها حوامض شحمية وما عدا أحوال التخمر اللبنى يتكون عند حصول تحللات أخرى فى متحصل المعدة غازات ففى أحوال تحلل المواد الزلالية تتصاعد غازات منتنة محتوية على الادروجين المكبرت وفى تخمر الحمض السمنى يتكون الايدروجين وحمض الكربون وفى التخمر الخلى ينشأ حمض الكربون وبهذه الكيفية يتضح حصول الانتفاخ الخفيف فى القسم الشراسيفى فى أحوال النزلة المعدية الحادة وتجشى غازات منتنة وتارة لا رائحة لها على حسب الجواهر المتناولة وكثيرا ما يصعد الى الفم مع ذلك سوائل زنخة الطعم او حمضية وحيث ان النزلة المعدية يغلب ان تتضاعف بنزلة فمية كما ذكرنا فان اللسان يتغطى بطبقة مخاطية ويكون طعم الفم تفها او جبنيا وينتشر منه رائحة كريهة

ثم اذا لم يتعرض المريض لمؤثرات مضرة أخرى بان احتمى بالصوم مادامت المعدة عاجزة عن اتمام وظيفتها زالت تلك الاعراض من نفسها بسرعة غالبا ويصل متحصل المعدة الفاسد من البواب الى المعى فينقطع استمرار الفساد احيانا باختلاطه بالصفراء أو العصير البنكرياسى والافراز المعوى ويتم الهضم الذى كان متأخرا لكن الغالب استمرار فساد الجواهر وانتشار الغازات منها ولو خف السفاد وحينئذ يزداد افراز الغشاء المخاطى المعوى المنهيج وتسرع حركات المعى فينتج عن ذلك انتفاخ وقراقر فى البطن ويظهر فيها ازمنا فزمنا آلام تتناقص بخروج رياح منتنة من البطن ثم يحصل اسهال سائل متكرر ثم ينتهى الحال بالشفاء والعادة انه متى اعترى المريض نوم فى الليلة التالية لليلة الاعراض حصل تحسين فى حالته العامة او شفاء بالكلية ولننبه على ان البول فى مدة هذا المرض يكون متحملا لكمية عظيمة من المواد الحمضية واملاح بولية ولا يندر ظهور طفح هربسى فى الشفتين

ثم انه اذا كان تأثير المؤثرات المضرة التى أحدثت النزلات المعدية شديدا جدا والمريض شديد الاحساس حصل له تهوع وغثيان وقىء به تنقذف الى

الخارج المواد المحتوية عليها المعدة متغيرة تغيرا قويا وضعيفا وتكون ذات رائحة وطعم حمضين ومختلطة بمواد مخاطية كثيرة غالبا وقد يتكرر القيء بعد فترات مختلفة طولا وقصرا وكلما طال مكث المطعومات فى المعدة كانت مواد القيء عادة مرة الطعم مخضرة اللون بسبب اختلاطها بالصفراء

وينضم لاعراض حالة التلبك المعدى الشديد أعراض تهيج شديد فى الغشاء المخاطى المعوى غالبا فيحصل اسهال غزير من مواد مائية مخضرة مصحوب تارة بمغص وتارة لا ويحس المريض دائما براحة عقب القيء والاسهال بل قد يشفى بالكلية بعد يسير من الايام وقد يشتد كل من القيء والاسهال اشتدادا عظيما بحيث ينشأ عنه ما يسمى بالهيضة الافرادية

والهيضة الافرادية عبارة عن شكل من النزلة المعدية الحادة التى تمتد الى المعى وتتصف بارتشاح غزير من مواد سائلة قليلة الزلالية فى المعدة والمعى ومثل هذا الارتشاح المائى يحصل فى الدور الاول من الالتهابات النزلية لاغشية مخاطية غير غشاء المعدة سيما الغشاء المخاطى الانفى بكثرة جدا حتى انه لا مانع من اعتبار التغير المعدى المعوى الناشئ عنه كل من الهيضة الافرادية ومعظم اعراض الهيضة الآسية تغيرا نزليا يؤدى بسبب امتداده لحصول اعراض لا تشاهد فى غيره من الالتهابات النزلية

وهذا المرض يحصل فى فصل الصيف غالبا وحينئذ يصيب عددا كثيرا من الاشخاص فى آن واحد ويندر ان يحصل فى فصل غير الصيف من سوء التدبير الصحى ويندر ايضا ان تسبق النوبة الهيضية اعراض مقدمة والغالب ان يصاب المريض به دفعة واحدة مدة الليل بان يحس بضغط متعب فى القسم الشراسيفى يتلوه بسرعة غثيان وقيء من مواد طعامية غير منهضمة فى الابتداء ثم يخرج بعد ذلك بتكرر القيء كمية عظيمة من مواد سائلة خفيفة الاصفرار او ضاربة الى الخضرة ذات طعم مر وبعد ذلك بقليل يحس المريض بقراقر فى البطن ثم يتبرز برازا متكررا من مواد رخوة عجينية فى الابتداء ثم من مواد سائلة يخرج منها فى زمن يسير كمية عظيمة جدا وكلما ازدادت كميتها قل تلونها فان الصفراء المنصبة فى المعى بكميتها الطبيعية لا تكفى لتلوين جميع الارتشاح المرضى وفقد الدم لكمية عظيمة من الماء ينتج عنه عطش شديد

جدا

جداً لا ينطفئ بتعاطي مقدار عظيم من المشروبات الانطفاء وقتيا والمواد السائلة بمجرد وصولها الى المعدة تنقذف من اعلى او من اسفل بالقيء او الاسهال اللذين يتكرر حصولهما كل ربع ساعة تقريبا وبذلك تزداد كثافة الدم والافرازات سيما الافراز البولي فانه يتناقص او يمتنع بالكلية بسبب فقد السائل الضروري لتكونها وتمتص السوائل الخلالية من جميع المنسوجات فيجف الجلد ويزول امتلاؤه ويضمر المريض وتتغير هيئته ويتدبب الانف وتغور الاعين بسبب جفاف المنسوج الخلوي للحجاجين وبذلك يتناقص حجمه وينضم لهذه الاعراض انقباضات عضلية مؤلمة خصوصا في سمانة الساقين مع انه يكاد لا يوجد ألم في البطن وعند انضمام هذه الانقباضات العضلية المؤلمة الى الاستفراغات المتكونة من سائل عديم التلون عائم فيه ندف من خليات بشرية معوية شبيهة بماء غسيل الارز او الشعير تتشكل الهيضة الافرادية بصورة مشابهة بالكلية لشكل الهيضة الوبائية الهندية ومع ذلك يندر مشاهدة زوال ضربات القلب والنبض زوالا تاما ومشاهدة اللون السيانوزي اي المزرق للجلد وبرودته برودة افاعية كما يشاهد ذلك دائما في الدور الاسفكسي للهيضة الهندية ثم ان شدة الاعراض وهبوط المريض وانحطاطه والخطر الظاهر وان بلغ جميع ذلك ما بلغ لا ينبغي للطبيب ان ييأس مادام محققا ان المرض ليس وبائيا اي ليست الهيضة هيضة وبائية هندية اذ من المعلوم ان الشخص البالغ السليم البنية يكاد لا يهلك من الهيضة الافرادية والغالب ان يمتنع القيء والاسهال بعد يسير من الساعات ويندر ان يستمر الى اليوم التالي ليوم الاصابة فيصير الجلد حارا ويكتسب امتلاءه ثانيا ويحصل للمريض نوم وهو في حالة الاضمحلال ثم يشتكي بعد ذلك بتعب عظيم ويندر ان تتلو نوبة الهيضة اعراض الحمى المعدية ويندر جدا ان تنتهي هذه الحالة بالموت فان حصل ذلك فلا يكون الا للاشخاص المنهوكين او المرضى من قبل او للاطفال او الشيوخ وحينئذ يشتد الحمى ويمتنع القيء والاسهال لكن مع استمرار الارتشاح ويزول النبض وتضعف حركات القلب شيأ فشيأ وتتكدر الحواس وتهلك المرضى في حالة انحطاط

وأما الالتهاب المعدى التزلى الحاد للاطفال الرضع فهو ذو أوصاف مخصوصة ناشئة عن تغذى هؤلاء الاطفال بلبن الام او البقر فاما الدرجة الخفيفة لهذا الالتهاب التى ينسب فيها الاضطراب الهضمى الى تخمر الاغذية كما قاله المعلم (بيدنار) لا التغير مرضى اولى ولا ثانوى فى جدر المعدة و يسمى بسوء الهضم فتكون الحالة الظاهرة للاطفال قليلة التغير وانما تكون أكثر ما هنالك فيها شعاع الماشرحه باهتة اللون بهاتة خفيفة واعينهم محاطة بهالة مظللة و يكاد يحصل لهم دائما بعد الرضاعة بزمن يسير قئ من لبن غير منعقد انعقادا صحيحا ونوع هذا القئ من الاعراض المهمة فينبغى تمييزه عن القئ ذى اللبن المنعقد الناتج عن امتلاء المعدة فان انعقاد اللبن اى تجبنه فى القئ الصحى للاطفال لا يدل على ان اللبن صار حمضيا بل على ان العصارة المعدية اثرت فيه تأثيرا صحيا حتى انعقدت المادة الجبنية وأما عدم انعقاد اللبن المنقذف بالقئ فيدل على عكس ذلك اى على وجود افراز غير طبيعى فى المعدة ويؤدى لترجيح وجود نزلة معدية وبعد ظهور هذا القئ بقليل او معه تصير الاستفراغات المعوية غير طبيعية وقد يفقد القئ بالكلية وتكون صفة هذه الاستفراغات هى العرض الوحيد للنزلة المعدية بان تكون من سائل ذى خواص حمضية لونه مخضر او اخضر مصفر ومن تعقدات مختلفة الصلابة بيضاء اللون شبيهة بالتى نشاهد فى اللبن عند ما يعتريه تغيرات من استطالة مكثه خارج الجسم وذلك يثبت لنا ان العصير المعدى لا قوة له على هضم اللبن كما لا قوة له على انعقاده فجأة وكل من القئ والاسهال التالى اضجر الاطفال وصريخها وانجذاب اطرافها السفلى نحو البطن يتكرر بفترات مختلفة المدة وكثيرا ما يتغير لون الاستفراغات وقوامها

ثم تارة وهو الغالب يزول القئ فيما قليل من الايام و يعدم اللبن غير المنهضم من الاستفراغات البرازية وتعود الاطفال الى صحتها وتأخذ فى النمو ثانيا وتارة يحصل زمنا فزمنا قئ من مواد حمضية الرائحة من لبن سائل غير منهضم او مستحيل الى كتل صلبة وممزوج بمواد مخاطية ويكثر الاسهال وتكون استفراغاته سائلة رقيقة غزيرة جدا ذات لون مصفر فاقع او مخضر ثم مبيض فى غالب الاحوال وكثيرا ما يسبح فى سائل الاسهال بعض ندف مصفرة

او مخضرة تميز متشبثة بلفافة الطفل و يرشح السائل من تلك اللفافة و يترك فيها بقعا عظيمة رطبة عديمة اللون و رائحة الاستفراغات البرازية و بقية خواصها تكون حينئذ حمضية وقد يتغير بدون سبب معلوم لون الاستفراغات البرازية بسرعة احيانا فينقذف فجأة كمية عظيمة من مواد مسمرة جدا غروية رخوة ذات رائحة كريهة ثم ان هذه الاشكال الثقيلة من النزلة المعدية المعوية التي سماها المعلم (بيدنار) بالاسهال الطفلي تورث الاطفال انحطاطا عظيما سريعا فتتغير هيئتهم وتنقبض انقباضا تألميا و عما قليل من الايام تتكرش وتوجد اعينهم منطبقة نصف انطباق غالبا غائرة فى الحجاجين وتزرق شفاههم وايديهم وارجلهم و يصير الجسم سيما الظهر مبقعا بيقع مرمرية وتكون حرارة الجسم متوزعة توزعا غير منتظم فيكون الجذع سيما البطن ذا حرارة لاتطاق والوجه والاطراف باردة واليوافيخ تفقد توترها بسبب تناقص امتلاء اوعية الدماغ فتنخسف بل ينخسف كل من الجبهة والعظم المؤخرى اسفل العظمين الجداريين وتضعف حركات الطفل وتعسر رضاعته بحيث يترك الثدى بسهولة الا انه يشرب الماء بشراهة كبيرة و يتبدل صراخه الشديد الذى يسبق التبرز عادة بانين ضعيف تدريجيا و يكون فى فترات اوقات التبرز ذا حالة نعاسية خفيفة ومن الاطفال من يهلك عند ازدياد الانحطاط وقد يحصل له قبل الموت بيسير تشنجات واعراض أخرى ناتجة عن انيميا الدماغ (المعروف بالايدروسفالويد اعنى شبه الاستسقاء الدماغى) ثم اذا شرع هذا المرض فى السير الجيد تناقصت الاستفراغات المعدية تدريجيا وصارت طبيعية و زال الانحطاط واستوى توزع الحرارة العامة وشفى الطفل الا انه يبقى عنده استعداد عظيم للنكسة

واما اذا ظهرت الاعراض المذكورة بسرعة عظيمة وكثر تكرر التبرز وحصل للطفل فى يسير من الساعات انحطاط عظيم قبل ان تحصل النحافة العظيمة و كان ذلك مصحوبا بتناقص عظيم فى حرارة الجسم العامة وانضم لذلك علامات تكاثف الدم يسمى ذلك بالهيضة الطفلية و كثافة الدم تعرف أولا بما ينتج عنها من العطش الذى لا يكاد ان ينطفئ حتى ان الطفل ينظر لاناء الماء بشراهة عظيمة واذا اعطى له امسكه بيديه امساكا قويا وشرب

ماقبله حتى يفرغ وثانيا باتضاح اعراض السيانوزوثالثا بضيق خاص فى التنفس حتى ان جدر الصدر والحجاب الحاجز تكابد مجهودات عظيمة بدون ان يعرف وجود عائق للتنفس سوى صعوبة مرور الدم المتكاثف فى الاوعية الشعرية للرئتين وقد يهلك الطفل باعراض الهيضة الطفلية المذكورة فى يسير من الساعات وقد تمضى نوبة الهيضة الطفلية عليه ولا يبقى فيه الا شكل خفيف من النزلة المعدية وقد يعقب نوبة الهيضة المفزعة شفاء تام بعد يسير من الزمن

(التشخيص)

اما تمييز النزلة المعدية الحادة التى تظهر على صورة تلبك معدى عن غيرها من اضطرابات الهضم فسنذكره فى المبحث العاشر من هذا الفصل

واما الهيضة الافرادية فلا يمكن تمييزها تمييزا كليا عن الهيضة الهندية اى الوبائية الناتجة عن تأثير ميازماتى هيضى فان اعراضهما ليست متشابهة فقط بل اعراض الهيضة الافرادية عين اعراض الاحوال الخفيفة من الهيضة الهندية ولا فرق بين هذين المرضين الا بان نصف المصابين بالهيضة الهندية يهلكون واما المصابون بالهيضة الافرادية فيكاد يشفى جميعهم وكثيرا ما تشتبه الهيضة الافرادية بالتسمم الا انه يندر ان تكون مصطحبة بآلام شديدة جدا كالتسمم بالحوامض او بالاملاح المعدنية ويندر ان يحصل فى التسمم استفراغات غزيرة جدا بخلاف الهيضة الافرادية فلا يندر فيها ذلك ومتى استطالت مدة المرض او اتضح فى مدة سيره ظواهر اعتيادية وجب مراعاة الاحوال التى تدل على وجود السم

واما النزلة المعدية الحادة الحاصلة للاطفال الرضع وكذا اسهالهم فلا يسهل اختلاطهما بغيرهما من الامراض

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة النزلة المعدية الحادة بالخطر والسلامة يستنبط شرحه من سير هذا المرض وذلك أن البالغين السليمى البنية من قبل يكادون لا يهلكون بهذا المرض اصلا واذا تكررت نكساته استحال بسهولة الى الحالة المزمنة وأما الاطفال فالنزلة المعدية الحادة ونتائجها بالنسبة لهم تعد من الامراض

الخطرة جدا بحيث يهلك الطفل بها ولو مع المعالجة الدقيقة

(المعالجة)

معالجة هذا المرض تنقسم الى واقية وسببية ومعالجة المرض نفسه ومعالجة عرضية

فاما المعالجة الواقية للنزلة المعدية الحادة فشرحها يحوج الى تطويل فانا لو أردنا ذلك لزمنا ان نذكر جميع قوانين التدبير الصحي لكن بما تقدم يتضح لنا انه ينبغي لتجنب حصول النزلات المعدية الاعتناء التام في تدبير غذاء بعض الاشخاص كالمحمومين والناقهين وحديثات الولادة والرضع فاما الاطفال الرضع فينبغي دائما ان يعطى لهم اما لبن الام او المرضعة اذا تيسر ذلك وان اقتضى الحال تغذيتهم بلبن البقر وجب ان يراعى في ذلك قوانين صحية مهمة يعرف اغلبها مما تقدم منها ان يكون اللبن جيدا اى حديثا بحيث يكون محلوبا في اليوم الواحد مرتين بالاقل ومتى ظهر فيه ادنى حموضة وجب غليه في الحال لمنع استحالة السكر اللبني الى حمض اللبنيك ويمكن ان يضاف لمثل هذا اللبن قليل من الكربونات القلوية حتى يصير متعادلا او زائد القلوية قليلا فان في ذلك فائدة عظيمة ومنها ان لا يكون اللبن مأخوذا من البقر المغذى بالكسب ونحوه بل من البقر المغذى بالبرسيم ونحوه من المراعى الجيدة ومنها ان يكون مخففا تخفيفا كافيا بان يضاف اليه في الربع الاول من السنة الاولى قدر ثلثيه من الماء وفي الربع الثاني يضاف اليه قدر ثلثه ومنها ان يعطى اللبن في ازمنة منتظمة غير قصيرة جدا وفي الاسابيع الاول من الولادة يعطى للرضيع الممص الزجاجي ذو الحلمة المرنة الشبيهة بحلمة الثدى كل ساعتين وبعد ذلك يعطى له كل ثلاث ساعات ثم كل أربع ساعات وكلما كانت فترات التعاطي قصيرة وجب ان تكون الكمية المعطاة صغيرة ومنها ان تنظف الاواني التي يشرب منها الطفل وكذا فمه تنظيفا جيدا واقل تهاون في هذه الاحتراسات ربما يؤدى لحصول النزلات المعدية وأما التمسك بها غاية التمسك فقد يحفظه من النزلات المعدية أو يقلل من كثرة حصولها

وأما المعالجة السببية فتستدعى في الاحوال التي تكون فيها النزلة المعدية مستمرة بسبب تناول المطعومات المضرة او الجواهر الغذائية الآخذة في

الفساد والتحلل استعمال مقيئ ثم ان بعضهم قد فرط من جهة فى استعمال ذلك
فى النزلة المعدية الحادة كما أهمل بعضهم من جهة أخرى فى استعماله اهمالا
زائدا عن الحد فانه اذا وافق الطبيب على تطلب المريض او بجزم بمجرد اخباره
باحساس بضغط وامتلاء فى القسم الشراسيفى وبتغطى اللسان ورائحة الفم
بان عنده تلبكات معدية وأمر المريض فى جميع هذه الاحوال بعرق الذهب
والطرطير المقيئ فلابد أن تستطيل مدة المرض غالبا لتعريض المعدة المريضة
من قبل لتأثير سبب مضر بدون احتياج الى ذلك كما ان من المضر خوف الطبيب
المفرط من تأثير الجواهر المقيئة حذرا من كونها تحدث اسهالا ومن كونه
يمكن ان يشاهد عقب استعمال الطرطير المقيئ المستطيل التهاب معدى بثرى
ومن نظريات غير صحيحة فى تأثير هذه الجواهر فان من يزعم ذلك من الاطباء
يكون قد نسى ان تهييج المعدة الذى ينتج عن تأثير الجواهر المقيئة فيها ليس
مضرا ولا مثلفا عادة كما دلت على ذلك التجاريب اليومية للطب العملى ويجهل
التجاريب المفيدة للمعلم (ماجندى وبودجه) التى ثبت بها ان تأثير عرق
الذهب المقيئ والطرطير المقيئ ليس نتيجة التهييج الشديد الذى تحدثه هذه
الجواهر فى جدر المعدة بل هو نتيجة دخولها فى الدم واختلاطها به وان
(ماجندى) المذكور تيسر له احداث التقايؤ بواسطة الحقن بالطرطير المقيئ
فى الاوردة ولو بعد تعويض المعدة بمثانة

فمتى جزم الطبيب بان المعدة محتوية على مواد فاسدة بأن دل على ذلك انتفاخ
قسم المعدة وصوت القرع على هذا القسم وتجشى غازات وسوائل تذكر
برائحتها وطعمها الاطعمة التى فى المعدة وسوغت حالة المريض استعمال هذه
الواسطة القوية لزم بدون تأخير استعمال المقيئ والاجود ان يؤخذ جرام من
عرق الذهب وقمحة من الطرطير المقيئ ويعطى ذلك المقدار مرة واحدة
وخروج المواد غير المنهضمة الفاسدة وان أمكن بسرعة من المعدة بدون المقيئ
وبدون ادنى ضرر كما أشرنا لذلك لا يحصل دائما فان هذه الجواهر الفاسدة
كثيرا ما تمكث فى المعدة زمنا طويلا وتحدث بوصولها الى الامعاء اضطرابات
مستمرة ثقيلة فمتى أمكن تخليص المعدة من تلك الجواهر التى تحدث فيها تهيجا
مستمرا وأمكن ايضا صيانة المعى عن تأثيرها المضر يلزم ان لا يخشى الطبيب

من التهيج الوقتي الذي تحدثه الجواهر المقيئة في المعدة وأما اذا امتنع الطبيب من اعطاء المقيئ في مثل هذه الحالة وأمر بدله بجرعة من المغنيسيا المكلسة كما هو جار الآن بكثرة كان ذلك بلا شك هو السبب في استطالة المرض كما يحصل في الاحوال الاخرى التي يعطى فيها المقيئ بدون احتياج اليه ثم ان الحمى المتوسطة الشدة التي تصحب النزلة المعدية لا تمنع من استعمال المقيئ وأما اذا كانت شديدة جدا وشك الطبيب في كونها ابتداء حمى تيفوسية وجب عليه ان لا يعطي المقيئ فان التيفوس ربما اكتسب سيرا ثقيلا مستمرا في الاحوال التي فيها يعطى ابتداء مقيئات او مسهلات

وأما المعالجة السببية فانها في النزلة المعدية البسيطة لا تستدعي استعمال المسهلات الا اذا وصلت المطعومات الفاسدة الى المعي ونتج عنها انتفاخ غازي في البطن ومغص خفيف وخروج غازات كريهة الرائحة وغيرها من اعراض الامتلاء المعدي المندفع الى اسفل ففي مثل ذلك تعطى المسهلات الخفيفة خصوصا الراوند او منقوع السنا المركب ويوصى في مثل هذه الحالة خصوصا اذا اصطحبت بتكونات حمضية غير طبيعية في المعدة بجرعة من المغنيسيا المكلسة (بان يؤخذ منها نصف اوقية على ثمان اواق من الماء ويعطى منها كل ساعة او ساعتين مل ملعقة من ملاعق الاكل) فتحدث ولابد اسهالا خفيفا لحينئذ تفضل عن الاملاح المتعادلة

وأما ان حصلت في المعدة تكونات حمضية غير طبيعية وظهر انها حافظة للنزلة المعدية بان استحالت الجواهر النشائية الى حمض لبنيك وسمنيك او حصل تخمر خلي في المعدة عقب تعاطي البوزة او النبيذ ولم تسوغ مكابدات المريض الخفيفة اعطاء مقيئ فان المعالجة السببية تستدعي استعمال القلويات الكربونية والمستعمل بكثرة هو ثاني كربونات الصودا فيعطى منها كل مرة من ست قمحات الى عشرة مسحوقة او محلولة واذا اريد اعطاء ماذكرسابقا على الشكل المعروف بماء الصودا فليكن الماء المحفوظ في المخازن محتويا على بيكربونات الصودا حقيقة لا مكونا فقط من حمض الكربونيك والماء كما هي العادة في تكوين مياه الصودا على مقتضى الدستور الاقرباذيني الانجليزي

وكثيرا ما يتخلف في المعدة قليل من الجواهر الآخذة في الفساد ولو مع الاستفراغات المتكررة من أعلى ومن أسفل والقلويات المستعملة أيضا وان كانت ذات قوة على تعادل الحوامض المتكونة في المعدة لا قوة لها على ايقاف حركة الانحلال اى الفساد الحاصل في هذه المواد ومنع تكون متحصلات حمضية جديدة وهذه الجواهر المتخلفة في المعدة الآخذة في الفساد تسرى حركة انحلالها وفسادها الى المطعومات الجديدة فتحيل الاغذية غير المضرة الى جواهر مضرة بالغشاء المخاطي المعدى خصوصا في الاطفال الذين تشاهد فيهم هذه الحالة بكثرة جدا فالمعالجة السببية في هذه الحالة تستدعى ايقاف فساد الجواهر التي تبقى في المعدة ولو بعد القىء والاسهال والحصول على هذه الغاية عسر وكثيرا ما تعجز عنه صناعة الطب ففي علم الطبيب ان السبب الغالب للاسهال في الاطفال هو الفساد اى الانحلال الغير الطبيعي لما احتوت عليه المعدة والامعاء اتضح له توجيه النتائج المضرة بمعالجتهم اذا لم يراع فيها غير النزلة المعدية والمعوية ومن المعلوم انه يعسر ايقاف التخمر من الابتداء وغيره من حركات الانحلال خارج الجسم وايضا الوسايط التي تستعمل لذلك خارج الجسم عادة لا يمكن استعمالها بجميعها لايقاف التخمر والفساد اللذين يحصلان في باطنه اذ لا يتيسر لنا تجفيف ما احتوت عليه المعدة ولا جعله في درجة حرارة مرتفعة جدا أو منخفضة كذلك بحيث يقف تخمره او فساده بل بعض الجواهر التي تستعمل مضادة للتخمر ذات تأثير سمى في الجسم لكن لو اعتبرنا الجواهر العديدة المختلفة الخواص التي تستعملها الاطباء على سبيل التجربة او التعقل في اسهال الاطفال وقيئهم مع النجاح العظيم احيانا لوجدنا انها جواهر تستعمل ايضا خارج الجسم لايقاف التخمر وغيره من انواع الفساد والانحلال واغلب هذه الجواهر استعمالا في اسهال الاطفال القلويات الكربونية والحوامض المعدنية خصوصا حمض المرياتيك والزئبق الحلو ونترات الفضة وكذا التنين والكريوزوت والجوز المقىء ومن الجائز ان بعض هذه الجواهر لا سيما نترات الفضة والتنين ذات تأثير جيد في الغشاء المخاطي المعدى المعوى لانها تلطف درجة احتقانه بسبب خاصية القبض التي فيها

الا أن اغلبها خصوصا الزئبق الحلو لا يؤثر هذا التأثير فى الغشاء المخاطى المعدى فلا يمكن توجيه النجاح الذى يعقب استعمالها الا بكونها توقف حركة الانحلال والفساد الحاصلة فى الجواهر المحتوية عليها المعدة فتعد حينئذ من المعالجة السببية فعلى هذا متى وجد الطبيب طفلا مصابا بنزلة معدية خفيفة تعرف بالقىء الخاص بهذا المرض وباختلاط مواد البراز الخضية بلبن غير منهضم وجب عليه ان يأمر للطفل بالحمية القاسية التى سيأتى بيانها فى شرح معالجة المرض نفسه وبالقلويات الكربونية التى هى الطف الجواهر السابق ذكرها بشرط ان تكون ممزوجة بقليل من الراوند على شكل السفوف المانيزى الراوندى الكثير الاستعمال فان كانت النزلة ثقيلة وكان الاسهال شديدا كان استعمالها على شكل الصبغة الراوندية بان يأمر له بالجرعة القديمة المشهورة المكونة من درهمين من صبغة الراوند وثنتى عشرة نقطة من محلول كربونات البوتاسا واوقيتين من ماء الكمون ودرهمين من الشراب البسيط ويعطى من هذا المخلوط ملعقة صغيرة عدة مرات فى اليوم فان لم تثمر هذه الطريقة ودام فساد الجواهر المحتوية عليها المعدة وازداد الاسهال وجب اعطاء مقدار صغير من الزئبق الحلو كما هو الممدوح فى معالجة اسهال الاطفال من منذ زمن طويل والعادة ان يعطى منه ثمن قمحة او ربع قمحة مرتين او ثلاثة فى اليوم والمعلم (بيدنار) مع تفضيله للزئبق الحلو فى مثل هذه الحالة عن غيره من الجواهر العلاجية يعطى منه مقدارا اعظم من المقدار المذكور ويكرره فى اليوم أكثر من التكرار المتقدم مازجا له بمقدار قليل من الحلبة وكيفية ذلك ان يؤخذ

خ	من الزئبق الحلو المجهز بالبخار	٤	قمحات
	من مسحوق جذر الحلبة	٢	قمحتان
	من السكر الابيض	$\frac{1}{2}$	درهم

يعمل ذلك مسحوقا ويجزأ الى ثمانية اجزاء متساوية فى اوراق ويعطى منه كل ساعتين ورقة سفوفا مع قليل من الماء الا ان هذه الطريقة لا توصل الى الغاية المطلوبة فى جميع الاحوال فكثيرا ما يستمر الاسهال والقىء ولو مع الحمية القاسية وتكرار استعمال سفوف الزئبق الحلو وحينئذ لا تصح

المداومة على اعطاء هذا الجوهر الشديد التأثير ولو مع ندرة ما ينتج عنه من الالتهاب الفمى الزئبقى بسبب استمرار القىء والاسهال اللذين يمنعان امتصاصه بكثرة بل بكمية قليلة جدا كما يظهر فيضطر الطبيب فى مثل هذه الحالة لترك الجواهر التى تأكدت جودتها بالتجاريب ويلتجئ لاستعمال غيرها ولو دلت التجاريب على انه أقل منفعة مما تقدم وقد يتفق ان تحير الطبيب يلجئه لاستعمال جوهر بعد الآخر فينتقل من جوهر الى آخر تنقلا تجريبيا لا تعقليا وليس هناك أدلة واضحة يستدل بها على تفضيل استعمال نترات الفضة مثلا او التنين او حمض الكلورايدريك او صبغة الجوز المقيئ والغالب ان الطبيب يبتدئ باستعمال ما ظهر له نجاحه فى آخر مرة عالج فيها مريضا غير المريض الذى بيده والذى نفضله ونأمر باستعماله فى الاحوال ذات القىء الغزير والعطش الشديد جدا والاستفراغات البرازية المائية الغزيرة هو نترات الفضة لكن بمقدار قليل جدا (بان يؤخذ من

نترات الفضة المبلورة	$\frac{1}{4}$	قمحة
ماء مقطر	٢	اوقيتين

ويوضع هذا المحلول فى زجاجة سوداء ويعطى منه كل نصف ساعة او ساعة مل ملعقة صغيرة) وكذلك جرعات صغيرة من الماء الجليدى فاذا فقد القىء مع استمرار الاسهال وكان غزيرا فالاجود ان يعطى التنين ان لم يثمر الزئبق الحلو (بان يؤخذ من التنين $\frac{1}{2}$ جرام فيحل فى ٣ اواق ماء مقطر ويعطى من هذا المحلول مل ملعقة صغيرة كل ساعتين)

واحوال هذا المرض المستطيلة غير الخبيثة يؤمر فيها باستعمال حمض الكلورايدريك فى محلول غروى وأما استعمال صبغة الجوز المقيئ والكريوزوت وصبغة الحديد فدلائله مجهولة واما النزلة المعدية الناشئة عن تأثير البرد فتستدعى معالجتها السببية الالتجاء الى الوسايط المعرقة واما الناشئة عن مؤثرات وبائية غير معروفة فلا يمكن اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية فيها

وأما معالجة المرض نفسه ففيها ينبغى الاعتناء الكلى بالتدبير الغذائى مع تجنب استعمال الاستحضارات الدوائية بكثرة فقد دلت التجاريب على ان

احتقان الغشاء المخاطى المتزايد عن الحالة الطبيعية المصحوبة بازدياد الافراز المخاطى وغيره من التغيرات النزلية يعود بسرعة الى حالته الطبيعية متى زالت الاسباب التى احدثت ارتقاء الاحتقان فى الغشاء المخاطى احتقانا مرضيا واجتنبت الاسباب المضرة التى تستبقيه وحيث كان من الثابت ان ألطف المطعومات يحفظ الاحتقان النزلى فى الغشاء المخاطى المعدى وجب على الطبيب منع المريض المصاب بهذا المرض من المأكل رأسا فيأمره بالصوم زمنا معلوما ولابد من التمسك بهذا الاحتراس خصوصا فى شكل النزلة المعدية التى تظهر على صورة التلبك المعدى وكثيرا ما يلاقى الطبيب عسرا فى تتميم امره هذا فان شأن الامهات ان يعسر عليهن منع الطفل من الاغذية ولو زمنا قليلا كما ان البالغين المصابين بنزلات معدية يميلون لتعاطى المأكولات المملحة الحريفة وان لم يحسوا بالجوع وكلما حث الطبيب على الاحتماء عن الاكل تحصل على النتيجة العظيمة لكن اذا استطالت مدة المرض وكان مصطحبا بحركة حمية وخشى من ازدياد النهوكة بسبب تمادى الحركة الحمية وجب عليه أمر المريض بالماكولات السائلة فانه يقل تنبيهها للغشاء المخاطى المعدى بهذه المثابة وعليه ان لا ينسى فى مثل هذه الاحوال ان العصير المعدى صار قلويا بسبب اختلاطه بالمواد المخاطية وفقد معظم قوته الهاضمة ولذا ينبغى منع استعمال الجواهر الغذائية التى تحتاج فى تماثلها لعصارة معدية حمضية كاللبن والبيض واللحوم واعطاء الاغذية النشائية مادامت العلامات الدالة على تكونات حمضية غير طبيعية موجودة فالشربة الكاذبة اى المائية غذاء لطيف للمصابين بنزلات معدية مستطيلة

ومن العسر جدا على الطبيب اجراء التدبير الغذائى فى الاطفال المصابين بنزلات معدية ناتجة عن فساد يعسر ايقافه فى الجواهر المحتوية عليها المعدة او محفوظة بها فان اللبن مع كونه غذاء لطيفا طبيعيا للاطفال يصير فى مثل هذه الحالة مضرا جدا فانه يفسد بسرعة وحينئذ يتحير الطبيب فى اعطاء جوهر مغذ غير اللبن وانتخاب جواهر غذائية لا تفسد فى المعدة فى مثل هذه الحالة ولا تستحيل الى مواد مضرة اذ من المؤكد أن المطبوخ الغروى من

الشعير او القمح اوالارو روط اولباب الخبز يفسد بسرعة كسرعة فساد اللبن ويستحيل الى متحصلات حمضية فعلى الطبيب حينئذ فى معالجة مثل هذه الحالة مع النجاح ان لا ينسى ان الاطفال لاتهلك من الجوع ولو انقطع عنهم الغذاء يوما او يومين واعطى لهم بدله الماء بدون ان يضاف اليه السكر كما يفعل غالبا وهذا أمر مهم للغاية فينبغى التمسك به ومتى زال القىء والاسهال بهذه الطريقة واستعاض الدم المتكاثف ماءه شوهد زوال انحطاط الطفل بسرعة بحيث يظهر أن الاطفال الجياع عادت اليهم قواهم وحينئذ يبتدأ باعطاء قليل من اللبن المخفف واذا لم يتحمل الطفل ذلك وخيف من استطالة الحمية عليه وجب ان يعطى له بعض ملاعق من خلاصة اللحم المجهزة بطريقة وضع قطع اللحم الصغيرة فى زجاجة مسدودة سدا محكما بدون اضافة ماء اليها ثم توضع تلك الزجاجة فى قدر مملوء بالماء المغلى جملة ساعات

واما الوسايط العلاجية المضادة للالتهاب فلا يلتجأ اليها فى معالجة النزلة المعدية فى حد ذاتها الا نادرا والغالب ان يستغنى عن الاستفراغات الدموية العامة والموضعية واما التبريد فيمكن استعماله بنجاح فى النزلة المعدية الشديدة المصحوبة بقىء اوعطش شديدين ولذا اوصى الاطباء فى احوال الهيضة الافرادية والطفلية باستعمال الماء الجليدى شربا او باستحلاب قطع من الثلج ووضع المكمدات الباردة على البطن وضعا متكررا بسرعة

وأما استعمال الملح النوشادرى فى النزلة المعدية فنقول بعدم منفعته هنا أكثر مما ذكرنا فى النزلة الشعبية ولا يرتكن الى القول بتأثيره المضاد للحالة النزلية فى النزلة المعدية الحادة فقد اطمه حينئذ لايعين الاعلى تثاقل المرض وأما استعمال حمض الكربونيك فى معالجة النزلة المذكورة فممدوح للغاية ويعطى على شكل المساحيق اواللمونات الغازية الفوارة او المياه الحمضية الكربونية والعادة ان يحصل عقب تعاطى حمض الكربونيك فى المعدة تجشؤ بسرعة وبذلك يظهر انه يخرج من المعدة غازات أخرى موجودة فيها فيحصل عقب ذلك راحة وقتية ومع ذلك فلا يقال ان حمض الكربونيك المعتبر ذا تأثير مهيج قد لطف الاحتقان المعدى وانه ذو تأثير لا واسطى فى الشفاء

السبر يع للنزلة المعدية

وعكس ذلك يقال فى القلويات الكربونية فان ايصالها المعدة يحصل به تناقص فى تماسك المواد المخاطية المنفرزة وسهولة فى انقذافها ولذا ينبغى الاعتناء باعطائها فى الادوار الاخيرة من النزلة المعدية بقطع النظر عما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض فى استعمالها كما تقدم ذلك ويظهر زيادة على ذلك ان القلويات الكربونية تزيد فى افراز العصير المعدى كما دلت عليه تجاريب كل من المعلم (بلندلو وفريريكس) التى تأكد منها انه بعد تعاطى القلويات الكربونية يتكون عصير معدى حمضى بحيث لا يحصل تعادل القلوى فقط بل ان العصير المعدى يكتسب صفة حمضية بسرعة والاجود أن تعطى القلويات الكربونية فى احوال التلبك المعدى على شكل ماء الصودا او على شكل صبغة الراوند المائية

واما المعالجة العرضية فيندر أن تستدعى وسايط غير السابقة والاعراض التى تلجئنا فى الغالب لاستعمال وسايط غير السابقة هى القىء والاسهال عند اشتراك المعى والمعدة فى المرض فانهما ان كانا خفيفين لا يحوجانا لاستعمال وسايط مخصوصة وان كانا ثقيلين جدا كما فى الهيضة الافرادية والطفلية ونتج عنهما فقد عظيم فى مائية الدم وتكاثفه صارا مهددين للحياة فيستدعيان وسايط علاجية مخصوصة وأكثر هذه الوسايط استعمالا فى القىء والاسهال الثقيلين الافيون لكن لا يعلم يقينا وجه ايقاف الافيون للقىء والاسهال ولا اعتباره مضادا لهما فان قيل انه لا يحدث الاشلل حركات المعى وبذلك يقل عدد الاستفراغات بدون ان يلطف افراز الغشاء المخاطى قلنا هذه المنفعة وهمية والذى يظهر حقيقة ان الافيون كما يؤثر فى حركات المعى يؤثر ايضا فى تناقص افراز الغشاء المخاطى المعوى ويجوز أن يكون هذا ناتجا عن ذلك ولذا اذا لم يؤثر فى الهيضة الافرادية الماء الجليدى الذى ذكرنا انه ذو تأثير جيد فى القىء الشديد وتكررت فيها نوب الاسهال بسرعة شديدة يجب اعطاء الافيون بمقدار نصف قمحة كل مرة اما مسحوقا او على حالة صبغة سواء كان مجردا او منضما لغيره من الجواهر المنعشة والافيون وان كان ينبغى التوقف فى استعماله فى الطب العملى للاطفال لاسيما واعطاء هذا الجوهر لا يستدعيه

كل من المعالجة السببية لهذا المرض والمعالجة المؤسسة على طبيعته قد يلتجأ الى استعمال مقادير صغيرة منه فى الهيضة الطفلية متى صارت الاستفراغات شديدة جدا وكلما ازداد الهبوط فى الهيضة الافرادية والطفلية وصار النبض صغيرا وانخفضت الحرارة وجب ان يعطى مع ذلك وسايط منبهة بان يعطى للمرضى مقادير من النبيذ او الايتير او القهوة وتستعمل مع ذلك اللبخ الخردلية من الظاهر

وهنالك احوال قد يحصل فيها تراكم كمية عظيمة من المواد المخاطية فى المعدة مدة سير النزلة المعدية ولو مع استعمال القلويات وهذه المواد التى هى متحصل النزلة المعدية يمكن ان يكون فسادها سببا لاستمرار هذا المرض استمرارا مستعصيا او سببا فى استطالة النقاهة وتكدر الهضم عقب انتهاء هذا المرض فمتى اتضح للطبيب فى ادوار النزلة المعدية الاخيرة بحركات التقايى المتعبة التى تنقذف بها زمنا فزمنا كمية عظيمة من مواد مخاطية وبفقد الشهية وبطء النقاهة ان هنالك مواد مخاطية متراكمة فى المعدة وجب عليه اعطاء مقئ

(المبحث الثانى فى النزلة المعدية المزمنة)

(كيفية الظهور والاسباب)

الالتهاب المعدى النزلى المزمن تارة يحصل عقب النزلة المعدية الحادة متى استطالت مدتها او تكررت نكساتها وتارة يحصل من ذاته ابتداء واسباب النزلة المعدية المزمنة هى غالبا عين اسباب النزلة المعدية الحادة فمنها ان جميع المؤثرات المضرة التى تحدث الاخيرة تنشأ عنها الاولى متى استطال تأثيرها او تكرر خصوصا استطالة الافراط فى المشروبات الروحية فانه السبب الغالب للنزلة المعدية المزمنة والكؤل يزداد تأثيره المضر كلما كان أكثر تركزا ولذا ترى الاشخاص المدمنين للسكر يصابون بهذا الداء كثيرا

ومنها ان النزلة المعدية المزمنة تكون متعلقة فى كثير من الاحوال باحتقانات احتباسية فى اوعية الغشاء المخاطى المعدى والعائق الذى ينشأ عنه احتباس الدم قد يكون مجلسه الوريد الباب ولذا ترى جميع امراض الكبد التى ينتج عنها ضغط الوريد الباب وتفرعاته تصطحب دائما بنزلات معدية مزمنة وقد

يكون مجلس العائق بعيدا عن الكبد وهو الغالب فان جميع أمراض القلب والرئتين والبلورا التى تعوق استفراغ دم الاوردة الاجوفية تعوق أيضا انصباب دم الكبد والمعدة تبعا لذلك فى تلك الاوردة ولذا كثيرا ما تشاهد النزلة المعدية المزمنة فى أحوال الانفيزيما الرئوية وسيروز الرئتين والآفات العضوية للصمامات القلبية كما يشاهد سيانوز الجلد العام فى جميع هذه الاحوال فان هاتين الحالتين تحصلان بكيفية واحدة ومنها ان النزلة المعدية المزمنة كثيرا ما تصحب السل الرئوى وغيره من الامراض المزمنة وقد ذكرنا فيما تقدم ان المصابين بالسل الرئوى كثيرا ما يشكون باعراض النزلة المعدية لا باعراض مرض الصدر ويلجؤن الى الطبيب فى معالجة النزلة المعدية دون السل الرئوى

ومنها ان النزلة المعدية تصحب دائما سرطان المعدة وغيره من الاستحالات المرضية لهذا العضو

(الصفات التشريحية)

الغشاء المخاطى للمعدة فى النزلة المعدية المزمنة يشاهد غالبا ذا لون أحمر ضارب الى السمرة او سنجابى كما يشاهد ذلك فى غيره من الاغشية المخاطية متى كانت مجالس النزلات مزمنة وهذا اللون ينشأ عن انزفة من الاوعية الشعرية الصغيرة فى جوهر الغشاء المخاطى واستحالة المادة الملونة للدم الى مادة بجمنتية وبدل الاحتقان الرفيع الذى يشاهد فى الغشاء المخاطى المعدى المصاب بالنزلة الحادة يوجد فى النزلة المعدية المزمنة تفرعات وعائية غليظة غالبا بل وتمددات دوالية فى بعض الحال ويكون الغشاء المخاطى زيادة على ذلك متزايدا فى السموكة بسبب ضخامته فيصير اكثر متانة وتخانة منه فى الحالة الطبيعية وذا ثنيات بارزة متعددة وان لم تكن الالياف العضلية للمعدة منقبضة عقب البرودة الرمية وقد يشاهد فى بعض اصفاره ارتفاعات اسفنجية رخوة ناتجة عن ضخامة خلية وكثيرا ما نشاهد فيه بروزات متعددة منفصلة عن بعضها بميازيب سطحية وهذه الحالة تعرف بالحالة الحلمية للغشاء المخاطى المعدى وتتعلق غالبا بضخامة جزئية فى هذا الغشاء تمتد فيها بعض الغدد المعدية والمنسوج الكائن بينها وقد تتعلق هذه الحالة على رأى

(فربركس) بتجمعات شحمية مستديرة فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى او بغو بعض الاجربة المسدودة المتكاثفة وعلى رأى (بود) بامتلاء الغدد المعدية بافراز محتبس والتغيرات التشريحية المذكورة يكثر وجودها وتقدمها فى الجزء البوابى من المعدة وماذلك الا لكثرة وجود الغدد المخاطية فى هذا الجزء والسطح الباطن من هذا العضو يكون مع ذلك مغطى عادة بمخاطية مبيضة سنجابية لزجة متشبثة بجدران المعدة تشبثا متينا وزيادة عن سموكة الغشاء المخاطى وكثافته قد يستحيل كل من المنسوج الخلوى تحت هذا الغشاء والطبقة العضلية الى مادة شحمية يبلغ سمكها قليلا من الخطوط وقد يبلغ نصف قيراط وازدياد سموكة الجدر المعوية يتعلق بضخامة بسيطة فيها تتولد ألياف عضلية تولدا جيدا ويحصل ازدياد فى ألياف المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وبين الالياف العضلية والطبقة العضلية الثخينة عند شقها تكون على هيئة مادة سنجابية باهتة محمرة رخوة كاللحم ممتد فيها من الظاهر الى الباطن حواجز خلوية تكسبها هيئة مدرجة وقد يكون الجزء البوابى للمعدة جميعه خصوصا البواب نفسه متغيرا بهذه الكيفية وقد تكون سموكة جدر المعدة قاصرة على بعض اصغار ومكونة لتعقدات بارزة وبسبب سموكة جدر المعدة عقب ضخامتها قد يحصل ضيق عظيم فى البواب ربما يعقبه تمدد عظيم فى المعدة

* (الاعراض والسير) *

المرضى فى النزلة المعدية يشكون غالبا باحساس بضغط وامتلاء متعب فى القسم الشراسيفى يزداد عقب الاكل لكن يندر ان يرتقى الى درجة الايلام الشديدة ومتى ظهر الايلام المذكور عقب الاكل وكان القسم المعدى شديد الاحساس عند الضغط ترجح أن النزلة المعدية ليست بسيطة بل مضاعفة بتغيرات عضوية ثقيلة فى المعدة وزيادة عن الاحساس بالامتلاء يوجد القسم المعدى ذا انتفاخ ناشئ عن امتلاء هذا العضو بالغازات وبالمطعومات التى تمكث فيه ازمنا طويلا ثم ان الغازات التى تتكون فى المعدة المصابة بالنزلة المعدية المزمنة معظمها ناشئ عن الفساد الذى يعترى المطعومات بسبب ان العصير المعدى الذى صار قلويا لاقوة له على هضمها هضما

طبيعيا وعن تأثير المواد المخاطية فيما احتوت عليه المعدة كخميرة غير طبيعية ومما يساعد على حصول الانحلال غير الطبيعي في النزلة المعدية المزمنة كون الطبقة العضلية للمعدة مع ازدياد سمكها مشلولة في وظيفتها بسبب ارتشاحها ارتشاحا اوديماويا فان المعدة متى ضعفت حركاتها مكثت الاطعمة فيها زيادة عن مكثها الاعتيادي فيعتريها بسبب ذلك الفساد فيندفع من المعدة زمنا فزمنا بواسطة التجشؤ غازات ذات تركيب كتركيب الغازات التي تتكون في النزلة المعدية الحادة وبهذا التجشؤ وهو أحد الاعراض الملازمة للنزلة المعدية المزمنة يصل الى الفم زيادة على الغازات بعض مواد من متحصل المعدة ذات طعم حمضي او زنخ تارة تزدرد وتارة تنقذف بالبصق وتكون حمض اللبنيك او السمنيك الناشئ عن استحالة النشائيات استحالة غير طبيعية يصل في النزلة المعدية المزمنة الى درجة عظيمة جدا بحيث ان السوائل الحمضية الحريقة المندفعة في المرئ والبلعوم بالتجشؤ ينتج عنها في مثل هذه الاحوال احساس باحتراق يسمى بتجشؤ الحديد المحمى

وقد ينضم للاعراض المذكورة في النزلة المعدية المزمنة قئ لكن هذا العرض ليس ملازما لهذا المرض دائما بل لا يحصل فيه عادة الا نادرا وقد دلتنا مشاهدات الشهير (فريركس) الذي أرشدنا الى أغلب ما نعرفه في اضطرابات الهضم على ان المواد الكربونية المائية في أحوال النزلة المعدية المزمنة تستحيل احيانا الى مادة لزجة خيطية تشبه الصمغ كالمادة التي لا يندر تكونها عند تخمر حمض اللبن خارج الجسم وقد لا تتكون مواد التقيء متكونة الا من مقدار عظيم من هذه الجواهر الخالية عن الازوت التي تستفرغ بحركات قيء عنيفة وتكون على صفة مادة لزجة خيطية وقد يندفع بالقيء مادة مخاطية حقيقية مع مادة سائلة تفهة وهذا النوع من القيء يشاهد في أحوال النزلة المعدية المزمنة للسكارى ويسمى بقيء الصباح وقد امتحن المعلم (فريركس) المذكور هذه المواد بالدقة فوجدها ذات خواص قلوية في الغالب وذات وزن خاص خفيف ومحتوية دائما على مركبات رودانية (* تنبيه * هذا اللفظ آت من لفظ رودون وهو معدن سمي بهذا الاسم لان

حركاته المحية ذات لون أحمر وردى) وانه اذا أضيف اليها مقدار عظيم من
الكؤول رسب منها مادة مبيضة ندفية تحيل النشاء بسرعة الى مادة سكرية
وهذه الخاصية لهذا السائل تدل على انه ليس آتيا من المعدة بل من الغدد
اللعابية وقد ذكرنا فيما سبق ان تهيجات الغدد وامراضها ينتج عنها ازدياد فى
افراز اللعاب فى الواضح حينئذ ان اللعاب المتزايد الذى يزدرد تدريجيا فى أثناء
الليل فى النزلة المعدية للسكارى هو الذى يستفرغ فى الصباح ويندر جدا فى
النزلة المعدية البسيطة اى غير المضاعفة ان تقذف المواد الغذائية المزدردة
ثانيا متغيرة تغيرا مختلفا قوة وضعفا فان حصل ذلك كانت فى الغالب مختلطة
بكمية عظيمة من مواد مخاطية وكانت ذات رائحة كريهة وطعم حريف
بسبب اختلاطها بحمض السمنيك ومحتوية تارة على تكونات مخصوصة
ميكروسكوبية تسمى بالسرسينا المعدية (وهو اسم لمواد نباتية طفيلية) وهذه
المواد تكون ذات كمية عظيمة متى وجدت فى المعدة وليست الا نوعا من
النباتات الالجية اى النباتات المائية او القطر المائى وهى مكونة من خليات
قطرها واحد من اربعمائة او بالاكثر واحد من مائتين من الخط وذات اسطحة
منقسمة الى مسافات دقيقة مربعة وكثيرا ما تكون منضمة الى بعضها ودعوى
ان هذا النبات الطفيلى هو السبب فى فساد ما احتوت عليه المعدة وتحلله
تحللا غير طبيعى كما هو شأن المواد النباتية القطرية التخمرية غير صائبة
لوجودها احيانا فى المعدة السليمة غير مصحوبة بظواهر التحللات غير طبيعية
والاحساس بالجوع يكاد لا يوجد دائما عند المصاب بالنزلة المعدية المزمنة وان
كان ذا نحافة عظيمة وجسمه محتاجا لتعويض ما نقص منه احتياجا عظيما
فالمريض يكاد لا يتعاطى اغذية مطلقا الا بالالحاح عليه وتارة تنفتح شهيته
للاكل الا انه يحس بالشبع سريعا ولو بعد تعاطى يسير من الاغذية وتارة
يحصل فى بعض الاحوال خصوصا المصحوبة بتكونات حمضية كثيرة
احساس مؤلم فى قسم المعدة واغماء لا يتحسنان الا بعد تعاطى قليل من
المطعومات ولذا يسمى هذا الاحساس فى العادة بالجوع الكلبى او الحرق
والعطش فى هذا المرض ما لم يكن مصحوبا بحمى لا يكون متزايدا بل متناقصا
مثل الاحساس بالجوع غالبا

وان امتدت النزلة المعدية الى تجويف الفم غالبا شوهد معها اعراض النزلة الفمية المزمنة فيكون اللسان مغطى بطبقة سميكة وكذا انبعاجات سنية جانبية وطعم الفم تفها عجينيا ورائحته منتنة تتنا مختلفا كثرة وقلة وكل من نظافة اللسان وفقد باقى علامات النزلة الفمية المزمنة لا يدل على سلامة المعدة

وقد تمتد النزلة المعدية فى كثير من الاحوال الى المعى وحينئذ يطرأ على الظواهر السابقة اعراض النزلة المعوية المزمنة وليعلم انه لا ينتج عن كل نزلة معوية اسهال فان جميعها لا يظهر بازدياد فى الافراز المائى والمخاطى المعوى بل العادة ان يوجد امساك مستعصى اما بقوة او بضعف فان حركات المعى تكون متناقصة جدا فى النزلة المعوية كما تتناقص أيضا حركة المعدة فى النزلة المعدية وفساد الجواهر الغذائية التى تمكث حينئذ زمنا طويلا فى المعى يستمر فينشأ عنه انتفاخ طبلى وقراقر وتوتر فى البطن ويخرج من المريض زمنا فزمنا غازات تحدث عنده راحة وقتية ولذا كثيرا ما تنسب المرضى مرضهم لحالة التجمع الغازى فى البطن

وتارة وهو كثير يمتد الالتهاب النزلى الحاصل فى الاثنى عشرى الى القناة الصفراوية فتحتبس الصفراء حينئذ وتمتص وسنذكر فيما بعد أن اليرقان الناتج عن النزلة المعدية الاثنى عشرية اكثر اشكال اليرقان حصولا

واما ما يخص الحالة العامة للمريض فى هذا المرض فهى ان لا يوجد عادة ألم شديد فى الرأس ولا تكسر مؤلم فى الاطراف ولا بقية الظواهر العامة المصاحبة للنزلة المعدية الحادة بل تصطحب النزلة المعدية المعوية المزمنة بتغيرات نفسية مع حالة كآبة لا مانع من تسميتها بالايبوخندارية لتعلق التنبيه الدماغى غير الطبيعى بأحوال غير طبيعية فى الاحشاء البطنية اذ لا فرق بين التغيرات المذكورة التى تصحب النزلة المعدية المعوية وبين غيرها من بقية اشكال الايبوخندارية فان الجسم يكون موضوعا لافكار محزنة فى كلتا الحالتين وقد شاهدت كثيرا فى النزلات المعدية المعوية عند بعض اشخاص يأسا عموميا وقلة اعتبار الشخص لمعارفه العقلية وبأسا من المظاهر الدنيوية وجميع هذه التغيرات زالت بزوال النزلة المذكورة وقد عالجت من مدة سنين رجلا غنيا مصابا بنزلة معدية معوية مزمنة كان يظن

فى اثناء مرضه انه كاد يفلس ولا يكمل بناء بيت شرع فى بنائه اتوهمه انه لاقدرة له على ذلك ثم بعد مكثه فى حمام (كارلسباد) مدة شهر عاد الى الاحساس بقواه الاصلية وغذاه فكمل بنا بيته مع غاية الزخرفة ولم يزل فى صحة زمنا طويلا

ثم ان التغير الذى يعترى التكيس وعوق الامتصاص بسبب الطبقة المخاطية النزجة المغطية لسطح المعدة والتى ينتج عنهما اضطراب عظيم فى التغذية فيمتص الشحم وتسترخى العضلات ويصير الجلد ذابلا ولا يندر أن تظهر تغيرات اسكوربوطية كارتخاء لحم الاسنان وأنزفته منها بل قد تشاهد ارتشاحات وبقع نزيفية تحت جلد الاطراف لكن يخشى من ارتقاء النحافة الى درجة عظيمة جدا فان تقدم النحافة ربما يظن منه ان النزلة المعدية المزمنة تكون عرضية تابعية لمرض آخر كالسرطان الذى يكون محدثا او حافظا لها ومن المستغرب العسر الايضاح مايعترى البول فى هذا المرض من التغير الكثير الحصول فان اضطراب التماثل وان نتج عنه تغير فى صفات متحللات الجسم كما هو معلوم لايعلم مطلقا علة احتواء البول على كمية عظيمة من المواد الملونة السوداء ورسوبات من املاح بولية وظهور كمية عظيمة جدا من فوصفات الكلس فى بول الاشخاص المصابين بنزلات معدية مزمنة راجع ذلك فى مبحث سوء الهضم

واما سير النزلة المعدية المزمنة وانتهاؤها فيقال فيهما ان الاعراض السابق ذكرها كثيرا ماتستمر جملة اسابيع بل أشهر بل سنين مع تفاوت فى شدتها وتعاقبها والاحوال التى يمكن فيها ازالة سبب هذا المرض تنتهى غالبا مع المعالجة اللائقة بالشفاء وقد يؤدى هذا المرض لتغيرات عضوية عظيمة فى المعدة سيما لحصول القرحة المزمنة لهذا العضو اولحصول النزيف المعدى اذا كان ناتجا عن احتقان احتباسى ويندر بقطع النظر عن الامراض التابعية أن يؤدى هذا المرض للموت وقد توجد أحوال فيها تهلك المرضى عقب النهوكة والاستسقاء والغالب ان يكون هلاك المريض عقب الامراض التى تضاعف النزلة المعديه المزمنة او بعض الامراض التى نتجت هى عنها اوضخامة اغشية المعدة لايمكن معرفتها مدة الحياة مادام قطر البواب

لم

لم يحصل فيه ضيق بسببها ومثل ذلك يقال فى الضخامة الجلية للغشاء المخاطى المعدى التى سبق شرحها

واما تضايق البواب الناشئ عن ضخامة اغشية المعدة فينتج عنه عسر عظيم فى مرور الاغذية من المعدة الى المعى بحيث ان هذه المضاعفة تزيد فى قوة اسباب فساد ما احتوت عليه المعدة المصابة بالنزلة المعدية من المواد اى انحلالها انحلالا غير طبيعى وبهذه الكيفية يعلل ارتقاء الامراض المنسوبة الى فساد متحصل المعدة فى النزلة المعدية كجشوء غازات ومواد سائلة ذات طعم كريه ومايسمى بالحديد المحمى ونحو ذلك ارتقاء شديدا جدا بحيث يصير أشد ايلاما للمريض مما يحصل فى النزلة المعدية المزمنة البسيطة وينضم لذلك ان القيء الذى يفقد فى كثير من أحوال النزلة المعدية بل فى معظمها اوالذى لا يحصل الا نادرا فى زمنها يصير من العلامات الملازمة لتضايق البواب او يحصل غالبا بانتظام عظيم اى عقب الاكل بساعتين اوثلاث وهذه الظاهرة قد تتغير فى بعض الاحيان متى اعترى المعدة تمدد عظيم جدا بحيث تحمل تراكم كمية عظيمة من الاغذية وحينئذ لا يندر أن يرتفع القيء مدة يومين اوثلاثة لكنه بعد هذه الفترة تندفع منه كمية عظيمة جدا دفعة واحدة وعلى هذه الحالة قد تنتظم أوقات القيء نوع انتظام ثم ان مواد القيء فى أحوال تضايق البواب تشتمل غالبا على مواد غذائية متفاوتة الانهضام ملتفة بمواد مخاطية ذات رائحة حمضية اورائحة زنخة كريهة جدا وتكون محتوية غالبا على كمية عظيمة من حمض اللبنيك وحمض السمنيك ويكاد يوجد فيها دائما ايضا اجزاء نباتية طفيلية وهى المعروفة بالسرسينا فحينئذ متى وجد عند المريض تكونات حمضية عظيمة غير ممكن ازالتها وقىء متكرر وجب ان يغلب على الظن وجود تضايق فى البواب ويتأكد التشخيص متى امكن اثبات وجود تمدد تابعى فى المعدة ربما يصير عظيما جدا بحيث ان هذا العضو يملأ معظم تجويف البطن ويعرف هذا التمدد العظيم الحاصل فى المعدة احيانا بواسطة الجس بالنظر على قسم هذا العضو فانه حينئذ يتضح على هيئة بروز ساقط الى السرة اوالى اسفل منها وذى تحدب الى الاسفل وقد ذكر الشهير (بمبرغر) ان المعدة اذا كانت ساقطة بالكلية الى اسفل قد لا يشاهد قوسها العظيم وحده بل

يشاهد معه جزء متفاوت الامتداد من قوسها الصغير يكون مكونا اسفل مقعر المعدة الذى يكون اكثر انخسافا وسقوطا بروزا متفاوت الوضوح ممتدا من غضاريف الاضلاع الكاذبة من احدى الجهتين الى الاخرى ومقعرا قليلا من الاعلى وقد تشاهد احيانا حركات المعدة التموجية غير المنتظمة من خلال الجدر البطينة وعند الجس بالجس يرى الجزء البارز ذا مقاومة قليلة شبهها بعضهم بمقاومة الوسادة المحشوة هواء وانتفاخ القسم الشراسيفى يزول او يتناقص متى تقايأ المريض كمية عظيمة واذا كانت المعدة ممتلئة بكمية عظيمة من المواد الغذائية يكون صوت القرع فى امتداد عظيم فارغا واذا كانت محتوية على كثير من الغازات كما هى العادة كان صوت القرع فى المحل البارز ممتلئا امتلاء عظيما بل طبلا غالبا واذا غير المريض وضعه تغير الحد الفاصل بين صوتى القرع الممتلئ والفارغ وذلك ان المواد الغذائية تنحدر الى الاصقاع الغائرة ثم ان الاعراض المذكورة وان كانت تدل على تضايق فى البواب لا يسوغ لنا الحكم بأن هذا التضايق ناتج عن مجرد ضخامة فى الجدر المعدية الابعد تأكد ان المريض ليس مصابا بغير هذا الشكل من التضايقات البوابية التى هى اكثر حصولا منه كالتضايق السرطانى والندبى لهذا الجزء اى الناتج عقب شفاء قروح مزمنة فيه

وانذار النزلة المعدية يتضح مما ذكرناه فى سير هذا المرض ومن الامراض التابعية له التى تؤدى الى الموت كثيرا تضايق البواب فان المرضى كثيرا ما تهلك بهذا المرض ولو بعد زمن طويل عقب ظهور النهوكة والاستسقاء

(المعالجة)

المعالجة العقلية فى الالتهاب المعدى المزمن اعظم نجاحا منها فى غيره من الامراض المزمنة

وحيث ذكرنا ان المؤثرات المرضية التى تنتج عنها النزلة المعدية المزمنة عين المؤثرات التى تنتج عنها النزلة المعدية الحادة على اختلاف مدة التأثير لم يبق علينا الامر اجعه ما ذكرناه فى المبحث السابق من المعالجة السببية ولا تزيد عليه الاشيأ يسيرا فنقول

اما المعالجة السببية لهذا المرض فيندران تستدعى استعمال مقئ اذلا تكاد توجد فى المعدة أصلا جواهر مضرة تعتبرسببا لهذا المرض مستمر التأثير والغالب ان يجد الطبيب من هذه الحيثية مخالفة عظيمة من المريض فانه يعسر على الطبيب جدا أن يفهمه ان الضغط الذى يحس به فى المعدة غيرناتج عن جواهر ضاغطة على هذا العضو وان يفهمه أن اعطاء المقئ لاراحة له فيه بل يزيد فى مرضه وأقوى ماتستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض منع استعمال المشروبات الروحية اذا كان ادمان الافراط منها محدثا لهذا المرض اوحافظاله ومن النادر نجاح أمر الطبيب بالكف عن استعمال هذه الجواهر لكنه مع ذلك ينبغى له ان لايتراخى فى النهى عنها والحرضون على القناعة فى المطعومات والمشروبات الروحية والواصفون للنتائج المضرة الناشئة عن الافراط من ذلك وصفا مفزعا بحيث يظهرون على رؤس الاشهاد مايحصل من التغيرات فى معد السكارى وان كان لاثمرة فى تحريضهم ومن قبيل لاحياة لمن تنادى قد يتحصلون على بعض نتائج لاتنكر من تكرار نصائحهم فانها قد تثمر عند بعض الافراد فاذا وجب على الطبيب كماذكرنا عدم التراخى فى النهى عن ذلك ومماتستدعيه المعالجة السببية فى النزلة المعدية الناتجة عن تأثير البرد المتكرر وتأثير الاقاليم الباردة الرطبة ايقاظ فعل الجلد بالتدثر بالملابس الدافئة واستعمال الحمامات الفاترة ونحوها مما ماثل هذه الوسائط والنزلة المعدية المزمنة الناتجة عن احتقانات احتباسية لايمكن غالبا اتمام ماتستدعيه دلالتها العلاجية السببية

واما معالجة المرض نفسه فمن أهم الامور فيها التمسك بالتدبير الغذائى ومن حيث انه لايصح ترك المرضى بلاغذاء حتى يهلكوا من الجوع مدة سير المرض المستطيل يجب انتخاب المطعومات التى ينبغى للمريض تعاطيها مع غاية الاحتراس والمداومة على استعمالها مع غاية الضبط وكلما كانت الاوامر الطبية أكثرتأكيدا سهل اتباعها بالضبط خصوصا اذا كان الامر بالتدبير الغذائى على صورة المعالجة فان المرضى تتبعه مع غاية الاحتراس وحيث ان تعاطى اللحوم وغيرها من الجواهر الحيوانية يحتاج لقوة فعل المعدة ربما ظن انه لايسمح للمرضى المصابين بنزلات معدية مزمنة الذين فقدت

عصارتهم المعدية قوتها الهاضمة الا بالتغذى من الجواهر النباتية لكن قد دلت التجربة على عكس ذلك فان استحالة الجواهر الاولية بالعصير المعدى الى پپتون كما قاله (لمن) او الى زلالين كما قاله (ميال) وان كانت تتناقص فى النزلة المعدية المزمنة لا تنطفى بالكلية فحينئذ اذا اعطيت الجواهر المذكورة وحصل الانتخاب اللائق فيها واعطيت على شكل جيد تحسنت حالة المرضى دون ما اذا أمرناهم بتعاطى النشويات بكمية عظيمة ونحوها مما يتولد عنه فى المعدة كمية عظيمة من حمض اللبنيك اوحمض السمنيك ومن الواضح كما يعلم مما تقدم انه يجب منع استعمال اللحوم الدسمة والامراق كذلك وانه يجب مضغ الاغذية مضغا جيدا ولا يؤخذ منها الاجزء صغير كل مرة ومن المرضى من يحصل له راحة عظيمة من استعمال الامراق المركزة المكمورة ومنهم من حسنت حالته من استعمال اللحوم الشواء باردة مع قليل من الخبز وهذا التدبير الغذائى الاخير ينبغى الايصاء به خصوصا للمرضى الذين يوجد عندهم تكوّنات حمضية بكثرة بل يمكن ان يوصى فى مثل هذه الحالة المستعصية باستعمال اللحوم المملحة او المجففة بدل اللحوم الشواء الباردة ومن استغرب من الاطباء كون بعض المرضى يسهل عليهم هضم اللحوم على هذه الحالة العسرة الهضم دون ما اذا كانت على شكل آخر نسى ان اللحوم المملحة والمجففة وان كانت أكثر عسرا فى الهضم من غيرها فهى مفضلة على اللحوم الحديثة الطرية لسهولة فسادها دون تلك

واما التغذية بالالبان الصرفة اى المعالجة باللبن فن المرضى من يحصل له منها راحة عظيمة ومنهم من لا يتحملها وليس يمكن على الدوام ان يعرف الطبيب ذلك ويحكم به قبل التجربة ومن المرضى وهم كثير من يتحمل اللبن المنعقد ويحصل له منه منفعة عظيمة دون اللبن الحليب فيشاهد باستعمالهم اياه تحسين عظيم جدا والظاهر ان عدم تحمل اللبن الحليب ناتج من كونه ينعقد فى المعدة على هيئة تعقدات عظيمة جامدة واما اللبن المنعقد اى الذى انعقدت المادة الجبنية فيه وتجزأ الى جزيئات صغيرة فيسهل تحمله من هذه الحيثية

ثم ان وسائط التدبير الغذائى لا تكفى فى معالجة النزلة المعدية المزمنة وان

كانت تكفى غالبا فى النزلة المعدية الحادة ولا صناعة وسائط علاجية لمعالجة المرض الذى نحن بصدده فنها وهو اهمها القلويات الكربونية

وقد اوصينا فيما مضى باستعمال مقدار صغير من ثانى كربونات الصودا مع صبغة الراوند فى النزلات المعدية الحادة المستطيلة المدة ونوصى ايضا باستعمالها فى أحوال النزلة المعدية المزمنة المستعصية واهمها فى التعاطى ماء الصودا او المياه الصودية الحمضية الطبيعية كماء امس وسلترس وبلين وكذا المياه الطبيعية التى تحتوى زيادة عن كربونات الصودا على كثير من القلويات الكبريتية واجود من جميع ذلك نجاح المعالجة بالمياه الطبيعية فى حمامات كرلوس باد اوماريه باد وامس ولذا مدحها مشاهير اطباء ويينا وبراج كثيرا فى معالجة النزلات المعدية المزمنة بل والقروح المزمنة للمعدة ولا يخفى ان هذا المدح صادر عن اطباء لا يبالغون فى قوة الوسائط العلاجية على العموم وزيادة على ذلك ان الاحوال العديدة التى شفى فيها اليرقان المستعصى بالمعالجة بمياه تلك الينابيع كادت تكون عموما أحوالا فيها اليرقان ناشىء عن نزلات معدية اثنى عشرية ولا ينبغى التوانى فى استعمال هذه المعالجة حتى ينتج عن النزلة المعدية الاثنى عشرية يرقان واضح كما لا ينبغى اعتقاد أن المعالجة تقل ثمرتها اذا لم توجد المضاعفة المذكورة فتى سمحت حالة المريض ان يتوجه الى حمام من الحمامات المذكورة وجب اجراء المعالجة فيه فان المرضى فى هاتيك الاماكن تضطر الى التمسك بالتدبير الغذائى الصحى مع الدقة لشهرة ان التباعد عن التدبير الصحى فى مثل هذه الحمامات ذو نتائج خطرة جدا بل المرضى بعد رجوعهم الى بلادهم يخافون من عدم اتباع وصايا التدبير الغذائى اتباعا كليا فانهم يعتقدون ان التباعد عن التدبير الصحى يعقبه ضرر عظيم واما اذا اقتضى الحال استعمال هذه المياه المعدنية فى محل المريض فانه يجب على الطبيب ان يأمر له بها بدون أن يعين الينبوع الذى تأتى منه فان ينابيع حمام كرلوس باد المختلفة لا تفاوت بينها الا بدرجة حرارتها ومن المتيسر تسخينها الى الدرجة اللازمة والمياه المستعملة بكثرة فى الحمام المذكور لمعالجة النزلات المعدية المزمنة مياه الينابيع القليلة الحرارة وأحوال النزلات المعدية التى ليست فيها تلك النزلة مصحوبة بامسالك

مستعص يكفى فيها استعمال ماء الصودا بشرط أن يكون استعماله على طريقة علاجية منتظمة بمعنى ان المريض يلازم التدبير الغذائى الذى يلازمه فى حمام كارلوس باد وان يكون استعماله صباحا على الريق وان يكون المريض قليل اكله فى المساء المتقدم على صبيحة يوم استعماله وان لا يتعاطى الاكل بعد استعماله الا بعد شرب الكوب الاخير من هذا الماء بقدر ساعة لاجل عدم اختلاطه بالاغذية وتأثيره حال كونه غير مخفف على الغشاء المخاطى المعدى والمواد المخاطية المغطية له وهذه الطريقة من اعظم الطرق التى تحصلت عليها صناعة الطب نجاحا

ومن الممدوح فى معالجة النزلة المعدية المزمنة تحت نترات البزموت ونترات الفضة فان كلا من هذين الملحين المعدنيين خصوصا الاخير منهما ذو تأثير جيد جدا فى سير هذا المرض وذلك لانهما يوقفان حركة الانحلال والفساد الحاصل فى المعدة ويحدثان انقباضا قويا فى الغشاء المخاطى المعدى المحتقن المسترخى وكثيرا ما استعملتهما بمقدار عظيم فى الاكلينك فيعطى من تحت نترات البزموت عشر قمحات كل مرة ومن نترات الفضة كل مرة من قمحة الى ثنتين واعطاؤهما يكون بكيفية مشابهة لكيفية اعطاء القلويات الكربونية اعنى انهما يعطيان فى الصباح على الريق قبل الفطور واغلب المرضى يتحمل اعطاء هذا المقدار تحملا جيدا فلا يحصل عندهم تألم شديد ولا تهوع ولا قىء ويندر ان يحصل من تعاطيهما احيانا اسهال الا ان نجاحهما ليس دائما فانه حصل منهما فى احوال نجاح عظيم بسرعة وفى اخرى لم يحصل وان لم يعلم لذلك سبب ولا علة تميز هذه الاحوال عن بعضها

وقد يحصل فى مدة سير النزلة المعدية المزمنة ضعف به لا يمكن الاستمرار على تعاطى الاغذية غير المنبهة بل من المرضى من يتحمل الاغذية المتبلة تتبيلا خفيفا بالافاويه والمملحة اكثر من غيرها وهذه الحالة الضعفية للغشاء المخاطى المعدى متى طرأت وجب على الطبيب ان يعطى للمريض الاستحضارات الحديدية والوسائط المنبهة الخفيفة والمياه المعدنية الحديدية هنا كماء فرانس برون وبيرمون ودريبرغ وكذا ناجحة الاستعمال واسهل تحملا من المياه القلوية كحمام كارلوس باد ومارية باد والواسطة المنبهة للغشاء المخاطى

المعدى الجيدة الاستعمال فى مثل هذه الحالة هى عرق الذهب الذى اوصى باستعماله (بود) على شكل حبوب مأخوذة من مسحوق عرق الذهب من نصف قمحة الى قمحة ومن ثلاث قمحات الى اربع من الراوند فيعطى من هذه الحبوب المقدار اللازم قبل الاكل ومن المستعمل بنجاح فى مثل هذه الحالة ايضا صبغة الراوند النبيذية والاكسير المعدى الشهير (هوفمن) والزنجبيل وقصب الذريرة لكن ينبغى تجنب الافراط من استعمال هذه الجواهر واستعمالها فى أحوال غير لائقة بها او بمقدار عظيم

واما المعالجة العرضية لهذا المرض فيندر فيها الالتجاء الى استعمال ارسال العلق او المحاجم التشريطية على قسم المعدة ولا تستعمل الا اذا كان القسم الشراسيفى ذا ألم عظيم وهو نادر فان الآلام تتناقص عقب الاستفراغات الدموية تناقصا عظيما وان كان توجيه تأثيرها عسرا او الحالة التى تكون فيها النزلة المعدية المعوية ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموى البطنى العظيم الناتج عن ضغط على الوريد الباب او عن عوق استفراغ دم الكبد يحصل للمريض فيها راحة واضحة جدا من استفراغ الدم من التفممات الوعائية البوابية بواسطة ارسال العلق على دائرة الشرج وأما استعمال المسكنات الذى هو ضرورى جدا فى معالجة القروح المعدية فمن النادر الالتجاء اليه فى معالجة النزلة المعدية المزمنة البسيطة والحالة التى فيها تستدعى المعالجة العرضية استعمال المقيئات فى النزلة المعدية المزمنة هى بعينها حالة النزلة المعدية الحادة التى تستدعى فيها معالجتها العرضية استعمال تلك المقيئات الا انه ينبغى هنا زيادة الاحتراس حيث لا يتيسر تحقيق كون الغشاء المخاطى حصل فيه تقرح أولا والامساك الذى يكاد لا يفقد يستدعى استعمال الحقن الملينة والمسهلات الخفيفة واكثر الوسائط استعمالا فى مقاومة الامساك المصاحب للنزلة المعدية المزمنة الراوند والصبر وخلاصة الحنظل فيما اذا كان الامساك مستعصيا جدا والاحسن ان تخلط هذه الجواهر ببعضها فان خلاصة الراوند المركبة المستعملة بكثرة فى مثل هذه الحالة مركبة من الصبر والراوند وصابون الجلبة واختار المعلم (بود) استعمال الصبر والحنظل فانهما يؤثران فى المعى الغليظ ولا يهيجان المعدة الا قليلا فهما اجود المسهلات فى

النزلة المعدية المزمنة واما السنا المكى وزيت الخروع فيحذر من استعمالهما فى هذا المرض

ثم ان معالجة التمدد المعدى تقدمت فى هذا العصر تقدما عظيما جدا فانه قد استحصل فى بعض الاحوال على نجاح عظيم بواسطة تنويع معالجة الطبيب شروت وهى عبارة عن تقليل تعاطى كل من المياه والاغذية السائلة بقدر تحمل المرضى كما انه استحصل فى كثير من الاحوال على تحسين عظيم بل وشفاء تام بواسطة استفراغ المعدة بالطلومبة المعدية للمعلم (ويمان) ثم غسل تلك المعدة بعد استفراغها بماء الصودا أو بمحلولات قلوية او قلوية كاورورية حمضية وبانتشار هذه الطريقة العلاجية فى الطب العملى قد استحق المعلم (قوسمول) المدح الزائد والعادة أن يحصل للمرضى من أول مرة استعملت فيها الطلومبة المعدية راحة عظيمة جدا بحيث لا تأبى تكرار هذه العملية التى هى غير مألوفة فى حد ذاتها بل يرغبون فيها رغبة عظيمة ومتى زال الفزع الابتدائى صار ادخال المجس المروى الذى يكاد يفزع منه كل مريض فى أول مرة قليل الالم سهل الاجراء بل قد يتعلمون ادخال هذا المجس فى المعدة بانفسهم وقد شاهدت جملة أحوال فيها لم تنتظر المرضى حضورنا فى الاكلينك بل كانوا ينتدبون المساعدين مع ترجيهم لهم فى استفراغ المعدة بواسطة الطلومبة وغسلها كما تقدم ومن جملة الاحوال التى شاهدتها حالة فيها لم تثمر جميع الوسائط العلاجية بحيث ان المريض قد وصل فيها الى أشد درجة فى النحافة وتعذرت عليه اشغاله مطلقا فبعد معالجته بواسطة الطلومبة المعدية زاد وزن جسمه ثلاثين رطلا وحصل له شفاء تام وعاد لاشغاله وزالت بالكلية من هذا المريض السرسينا (اى التولدات النباتية الطفيلية) التى كانت موجودة فى مواد قيئه بكمية عظيمة ومن المستغرب ان المعدة صارت تدفع معظم متحصلها فى الاثنى عشرى بعد دفعات قليلة من استعمال هذه الطلومبة وهذا الامر سهل الاثبات بزوال الامساك المستعصى الذى يكاد يوجد دائما عند المرضى وحصول تبرز اعتيادى عندهم وبازدياد الافراز البولى الذى كان متناقصا تناقصا عظيما وهذه المشاهدة الاخيرة يستدل منها بدون شك على ان السائل المحتوية عليه المعدة المتمددة عدد اعظيما الا يمتص منه الا قليل جدا

ثم ان الشفاء التام للتمددات المعدية التي كان يظهر اليأس من شفائها يمكن ان يوقعنا في القول بان هذا المرض كثيرا ما يكون قائما بنفسه مكونا لمرض على حدته اكثر مما يقال عادة ومع ذلك فكان موجودا في كل من الاحوال التي شاهدتها والتي شاهدها المعلم (قوسول) علامات واضحة جدا تدل على حصول قروح معدية سابقة بحيث لا يشك في ان تمدد المعدة يكون متعلقا بتضايق ندبي في البواب وكذا شاهد المعلم المذكور احوالا من تضايق البواب تضايقا سرطانيا حصل فيها تحسين زائد وان لم يحصل فيها شفاء تام ولا يشاهد انسداد البواب انسدادا تاما فانه في الاحوال التي فيها يكاد ينتهي الحال بعدم وصول شيء مما احتوت عليه المعدة الى الاثنى عشري وفيها اعترى المرضى امساك مستعصى مستمر جملة اسابيع واستفرغت كمية عظيمة من سائل حمضى مختلطا احيانا بالدم كل يومين او ثلاثة يوجد قطر البواب متسعا اتساعا كافيا بحيث يستغرب عدم وصول شيء مما احتوت عليه المعدة ولو السوائل الى الاثنى عشري مدة الحياة ويستنتج من مثل هذه الصفات التشريحية ان ضعف انقباض الطبقة العضلية للمعدة له دخل عظيم في احتباس متحصلها عند تمددها والضغط الواقع على السطح الباطن من المعدة المتمددة او الممتلئة يكون عظيما جدا بحيث ان فعل الطبقة العضلية يكون متزايدا تزايدا عظيما فضلا عن كون التمدد المستمر للطبقة المذكورة يحدث شللا مستمرا عضليا فيها كما يحدثه في باقي العضلات ايضا وان النزلة المعدية المزمنة التي تكاد تعتري جميع المرضى ينتج عنها ايضا في كثير من الاحوال تغير مرضى في الطبقة العضلية من المعدة وسواء كان زوال الضغط الواقع على جدر المعدة او تحسين حالتها النزلية وتقوية الطبقة العضلية المترتبة على ذلك والذي ينسب اليه حسن نتيجة المعالجة بالطلومبة المعدية فمن الثابت المعلوم ان استعمال استفراغ المعدة بالطلومبة مما قليل من الايام او الاسابيع لا يحتاج له بكثرة والعارض الوحيد المفزع الذي شاهدته بندرة عند استعمال الطلومبة المذكورة هو خروج قطعة من جدر المعدة في فوهة المجس عند المص ولاجل صون المريض عن هذا العارض ينبغي عند عسر حركة مكبس الطلومبة تركه قليلا او دفع كمية من الماء او الهواء في المعدة قبل

استفراغ المعدة بالكلية

(المبحث الثالث)

(فى الالتهاب المعدى ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى)

يندر مشاهدة هذا الالتهاب فى الغشاء المخاطى المعدى ان لم تؤثر فيه جواهر سمية كما سيأتى فى المبحث الخامس وقد يرتقى الالتهاب المعدى النزلى عند الرضع الى الالتهاب ذى الغشاء الكاذب وقد يكون الغشاء الكاذب أو الدفتيرى الحاصل فى المعدة من جملة الالتهابات التابعة التى تشاهد فى بعض الامراض التسممية الحادة سيما التيفوس والتسمم العفن للدم والجدرى

ويندر أن تشغل الاغشية الكاذبة امتدادا عظيما من الغشاء المخاطى المعدى والغالب وجودها فى اصفار صغيرة محدودة كما ان الخشكريشات الدفتيرية لاتشغل فى الغالب الا أصفارا محدودة ويخلف سقوطها فقد جوهر ذى قاعدة خلوية متغيرة اللون

وهذا المرض لايمكن معرفته مدة الحياة الا اذا خرجت اغشية كاذبة بالقىء فان الاعراض التى تحصل عنه لايتيسر بيان علاماتها مدة الحياة بالدقة كما ان الصورة المرضية الثقيلة للتيفوس او التسمم العفن للدم ونحو ذلك لاتتنوع الا قليلا جدا بهذا المرض عند طروه بحيث يتعذر تشخيصه

(المبحث الرابع)

(فى التهاب المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى المعدى المعروف بالالتهاب المعدى الفلغمونى)

الالتهاب المعدى الفلغمونى الذى شبهه الشهير روكيتانسكى بالحمرة الفلغمونية ظاهرة نادرة وتارة يحصل ذاتيا يعنى بدون اسباب مدركة عند اشخاص سليمين من قبل وتارة يحصل تابعيا او انتقاليا عند المصابين بالتيفوس او بالتسمم العفن للدم او ماماثلهما من التغيرات المرضية

ويوجد المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى المعدى مرتشحا بالقيح المتجمع فى حالاته المتعددة ويندر مشاهدة خراجات محدودة فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المذكور والغشاء المخاطى المتعرى يوجد مسترقا او ذا ثقوب عديدة يخرج منها القيح كخروجه من المصفاة وعند الالتهاب

هنا بسرعة الى الطبقة العضلية والبريتون وعند حصول الشفاء من هذا المرض قد تتكون فى حالات المقسوح الحلوى ندب التحامية تكون سببا احيانا لحصول تضايقات كما يثبت ذلك استحضارات التشريحية المرضية المحفوظة فى قاعات المجموعات التشريحية بمدينة ارلنجن

والاعراض الرئيسة لهذا المرض هى الالم الشديد الحاصل فى القسم الشراسيفى والقىء والضجر العظيم والحمى الشديدة وينضم لهذه الاعراض فيما بعد ظواهر الالتهاب البريتونى فتنحط قوى المريض ويهلك فى يسير من الايام ومن مجموع هذه الاعراض ووجود الصديد فى مواد القىء يتيسر الوقوف على تشخيص هذا المرض فى أحوال نادرة فيها يتيسر للطبيب ان يتأكد من عدم وجود غير هذا الشكل من أشكال الالتهاب المعدى خصوصا شكل الالتهاب الناشىء عن التسمم والمعالجة هنا لا تكون الا عرضية

(المبحث الخامس)

(فى الالتهاب الذى يعترى الغشاء المخاطى المعدى عقب تأثير الجواهر الكاوية والسمية وفى التغيرات التابعة له)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التى تعترى المعدة من تأثير الحوامض المركزة والقلويات الكاوية او بعض الاملاح المعدنية تنشأ عن كون هذه الجواهر تحدث بجزيئات جدر المعدة اتحادات كيماوية يعقبها افساد عضوى فى جدر المعدة وأما التغيرات التى تنشأ عن تأثير السموم النباتية او الحيوانية فى الغشاء المخاطى المعدى فلا تنسب لاتحادات كيماوية والغالب ان يكون دخول الاملاح الخاصية او حمض الكبريتيك او السموم النباتية فى المعدة لا عن قصد واما الزرنيخ وسيانوز البوتاسيوم فالعادة أن يكون دخولهما فيها عن قصد التسمم

(الصفات التشريحية)

اذا أثرت الحوامض المعدنية فى الغشاء المخاطى وكانت قليلة التركز وجدت الطبقة البشرية والطبقات السطحية فى الغشاء المخاطى مستحيلة الى خشكريشة رخوة سمراء او سوداء واذا وصل الى المعدة مقدار عظيم من هذه

الحوامض وهى كثيرة التركز استحالت طبقات الغشاء المخاطى جميعها الى مادة رخوة مسودة يبلغ سمكها جملة خطوط بسبب تشربها بالسائل مائى مدمم والطبقة العضلية توجد رخوة اوهلامية سهلة التمزق وينـدر أن تتلاشى بالكلية هى والطبقة المصلية فتنثقب المعدة والعادة ان تكون التغيرات المذكورة قاصرة على ثنيات الغشاء المخاطى الممتدة من الفؤاد الى البواب واما الاجزاء المحيطة بهذه الثنيات فتكون ذات احرار بسبب احتقانها وانسكاب الدم فيها وانتفاخها بسبب ارتشاحها ارتشاحا اوذيماويا والدم المحتوية عليه اوعية جدر المعدة ودم الاوعية الغليظة المجاورة لها يوجد مستحيلا الى مادة مسودة شبيهة بالقطران والشفاء لايحصل الا فى الاحوال الخفيفة عقب انفصال الاجزاء الفاسدة وتعويض فقد الجوهر بنسوج ندبى متيبس

واما الجواهر القلوية الكاوية فتحيل الطبقة البشرية والطبقات السطحية من الغشاء المخاطى بل والطبقات الغائرة الى مادة عجينية وسخة اللون والفساد هنا يمتد الى الطبقة العضلية والمصلية أكثر من امتداده اليها عقب تأثير الحوامض فيكثر حصول التثقب ولايحصل الشفاء فى مثل هذه الحالة الا اذا كان الفساد سطحيا عقب انفصال المواد الخشكريشية

واما السليمانى الاكال واملاح النحاس والاملاح المعدنية فتكون عقب تأثيرها خشكريشات مسمرة اومسودة محاطة باحتقان شديد وانتفاخ اوذيماوى فى الغشاء المخاطى والقوصفور يحدث ايضا تغيرات شبيهة بذلك

واذا حصل الالتهاب المعدى عقب التسمم بالزرنيخ وجد أحد اصفار الغشاء المخاطى المعدى او جملة منها منتفخة محمرة رخوة عجينية ومستحيلة الى خشكريشة مصفرة اومخضرة مائلة للسمرة وعليها مادة دقيقية بيضاء ويمتد فى محل الخشكريشات ثنيات محمرة فى الغشاء المخاطى كثيرا ما تكون جدر المعدة التى بينها سليمة

وأما الزيوت الطيارة اوالسموم النباتية أوالحيوانية الحريفة فيشاهد عقب تأثيرها فى المعدة آثار الالتهاب المعدى النزلى الشديد اوذى الغشاء الكاذب

او الدفتيرى

(الاعراض والسير)

الالتهاب المعدى التسممى يتصف بكون الاعراض الموضعية فيه ينضم لها بسرعة انحطاط عام خصوصا فى الدورة فيحصل فيها اضطراب وخمود ولو لم تكن السموم التى أدخلت فى المعدة ذات تأثير مثل لا واسطى على المجموع العصبى وظواهر الشلل المذكورة تشاهد أيضا فى غير الالتهاب المعدى التسممى من الامراض الثقيلة الحاصلة فى المعدة او غيرها من أعضاء البطن لاسيما فى أحوال تثقب المعدة عقب وجود تقرحات

فنى أصيب شخص سليم من قبل بآلام شديدة جدا وانتشر من القسم الشراسيفى الى البطن وانضم لذلك قئ خرجت بواسطته مواد مخاطية فقط او مخاطية مدممة واسهال مسبوق بمغص وزحير شديدين وخرج بواسطته أيضا مواد مخاطية مدممة شبيهة بمواد القئ ووقع المريض مع ذلك فى حالة انحطاط متغير السحنة وكانت أطرافه باردة ونبضه صغيرا وجلده مغطى بعرق بارد لزج غلب على الظن جدا أن المريض أثر على غشائه المخاطى المعدى جواهر كاوية او غيرها من السموم ومتى ادخل فى المعدة حوامض مركزية اوقلويات كاوية توجد على الدوام خشكريشات واصفة حول الفم والغشاء المخاطى لهذا التجويف تفسد بعض اصفاره أيضا ويوجد مع ذلك آلام شديدة فى الفم والبلعوم والازدراد يكون عسرا جدا او متعذرا ولا يوجد عقب تعاطى الاملاح المعدنية او الزرنيخ علامات الاحتراق فى الفم والبلعوم متى كانت الجواهر المذكورة أخيرا مخففة كما لا توجد علامات الالتهاب المعدى بدون واسطة عقب تعاطيها بل بعد التعاطى بزمن يسير والظواهر التى تشاهد فى الاعضاء المختلفة خصوصا بالبحث عن المواد المستفرغة تعرف طبيعة السم المتعاطى والاشكال الثقيلة لهذا المرض تحصل فيها حركات تقيئ او تهوعات الا ان المعدة المشلولة لا يكون لها قوة على دفع ما احتوت عليه وينتشر على جميع سطح الجلد برودة جليدية ثم يصير الشلل عاما وربما هلك به المريض بعد بضع من الساعات وأما الاحوال الخفيفة لهذا المرض فالموت فيها لا يطرأ الا بعد زمن متفاوت بل قد تزول اعراض الشلل شيأ فشيأ

اذا انقذفت كمية من السم بواسطة القئ فتنقطع الدورة ثانيا ومع ذلك
تستطيل النقاهة عادة بل قد يبقى مع المريض طول حياته تحركه بسبب بقاء
التضايق فى المرئ والمعدة او بسبب التلف الذى احدثه تأثير السم فى البنية

(المعالجة)

لا ينبغى استعمال مضادات السموم المتفق عليها فى علم السموم الا فى الاحوال
الحديثة للتسمم بالحوامض المركزة او القلويات الكاوية او الاملاح المعدنية
اعنى عقب ادخالها بساعة او اكثر فان المضادات المذكورة لا تؤثر تأثيرا جيدا
بعد انقذاف الجواهر المذكورة مع القئ او تكوينها اتحادات كيماوية
مع الغشاء المخاطى المعدى بل تؤثر حينئذ تأثيرا ضارا جدا بسبب تهييجها
للغشاء المخاطى المعدى الملتهب تهييجا جديدا واما احوال التسمم بالزرنيخ
او بالسموم النباتية او الحيوانية الحريفة فينبغى استعمال مضادات التسمم
فيها ولو بعد تعاطى الجواهر السمية المذكورة بزمن طويل فان تأثيرها يستمر
زمنا طويلا والاحوال التى فيها يفقد القئ بالكلية او يكون غير كاف فى قذف
السم من المعدة يجب فيها اعطاء مقئ من عرق الذهب وخصوصا استعمال
الطلمبة المعدية فانها واسطة اكيدة سريعة فى استخراج تلك المواد السمية من
المعدة وزيادة عن التمسك بالطرق المذكورة التى تستدعيها المعالجة السببية
تستدعى المعالجة المؤسسة على طبيعة المرض نفسه استعمال البرودة واما
الاستفراغات الدموية فقليلة المنفعة او معدومتها فيغطى البطن برفائد مبتلة
بالماء البارد او الجليدى وتغير بسرعة ويعطى للمريض من الباطن الماء
الجليدى او يؤمر بازدراد قطع صغيرة من الجليدان تيسر ذلك واما بقية
المعالجة فتراجع فى كتب علم السموم

(المبحث السادس)

(فى القرحة المعدية المزمنة المعروفة بالمستديرة و بالثاقبة)

(كيفية الظهور والاسباب)

يغلب على الظن ان القرحة المعدية الثاقبة تنشأ دائما بكيفية حادة وكذا
امتداد هذه القرحة عرضا وعمقا يظهر ايضا انه متعلق بتغير مرضى ذى سير
حاد فى دائرتها وقاعدتها ومع ذلك حيث ان هذه القرحة تحدث عند المريض

المصاب بها مكابدات عظيمة كثيرا ما تستمر جملة من السنين فمن الجائز الاستمرار على تسميتها بالقرحة المعدية المزمنة ثم ان الحد الواضح لثلاث القرحة المستديرة وفقد ظواهر الالتهاب والتقيح في دائرتها والمشاهدة للاواسطة لبعض الاحوال الحديثة وكذا الاستنتاجات الواضحة لعدة من التجارب على الحيوانات تثبت اتم التأكيد أن تهتك جدر المعدة لا يكون ناشئا عن فساد تدريجي وتقيح بل عن تكون خشكريشة وتنكرز جزئي وان هذا التنكرز الجزئي في معظم الاحوال بل في جميعها متعلق بانسداد أحد الفروع الوعائية المغذية وهذا التنكرز الناشئ عن امتناع ورود عناصر التغذية في جزء محدود من جدر المعدة يشابه ولا بد اللين التنكرزي في الدماغ على شكل بورة والسدد الرئوية والغنغرينا الذاتية للاصابع التي تنشأ عن انسداد في الاوعية والتجارب التي فعلت على الحيوانات التي أشرنا لها كان فيها انسداد أوعية المعدة حاصلا بسدد صناعية ونشأ القروح المعدية المستديرة في الانسان بهذه الكيفية نادر ومع ذلك فتوجد بعض أحوال يثبت فيها ذلك مع التأكيد بل قد شاهدت في السنين الاخيرة حالة واضحة من هذا القبيل والغالب ان تتكون التعقدات الدموية السادة في المحل المتقرح نفسه وتكونها يظهر انه متعلق بحالة مرضية في جدر الاوعية فالعصير المعدي يحدث في الجزء الميت من جدر المعدة الذي لا يقاوم تأثيره انماسريعا وتلاشيا تاما بحيث تندر مشاهدة الدور الاول من هذا التغير في الصفات التشريحية والاستعداد للاصابة بالقرحة المذكورة كثير الانتشار جدا والتقاويم العديدة للمعلم يا كس وغيره من الاطباء دلت على كثرة حصول القرحة المعدية الثاقبة في اطوار السن المختلفة والاجناس المختلفة أيضا بل والمعايش المختلفة وذلك ان المعلم المذكور باطلاعه على الصفات التشريحية في عدد ٢٢٣٠ وجد ٥٧ شخصا مصابين بالقرحة المعدية المستديرة و ٥٦ شخصا عندهم ندب التحامية أعقبت شفاء هذه القروح بحيث ان كل عشرين جثة يوجد فيها جثة مصابة بقرحة معدية أو بندبة ناشئة عن ذلك وكذا مشاهدات المعلم ويلجان وبرنتون وغيرهما استنتج منها ما يطابق ذلك ويندر مشاهدة القرحة المعدية المستديرة عند الاطفال ويكثر حصولها جدا

فى سن البلوغ والنساء أكثر مصابا بها من الرجال وأظن أن كلا من الانيميا والخلورزالذى هو من النتائج الكثيرة للاضطرابات التناسلية له دخل عظيم فى حصول هذه القرحة وذلك ان الدم ذا الصفة غير الطبيعية يهيأ لحصول تغير مرضى فى جدر الاوعية ويظهر فى أحوال أخرى أن الالتهابات النزلية الحادة والمزمنة للغشاء المخاطى المعدى تحدث تغيرا مرضيا فى جدر الاوعية وحصول السدد فيها

والاسباب المتممة لهذا المرض خفية علينا ويقال ان منها التباعد عن التدبير الصحى وتعاطى المطعومات والمشروبات الحارة والباردة جدا والادمان من تعاطى المشروبات الروحية وانما يستغرب كثرة حصول النزلات المعدية المزمنة عند السكارى وقلة مشاهدة القرحة المعدية المستديرة فيهم

(الصفات التشريحية)

القرحة المعدية المزمنة تعترى المعدة والجزء العلوى المستعرض من الاثنى عشرى دون غيرهما من اجزاء القناة المعوية والغالب ان تعترى الجزء البوابى من المعدة ووجودها فى الجدار الخلفى أكثر منه فى الجدار المقدم والاغلب ان توجد فى القوس الصغير اوقريبا منه ويندر جدا وجودها فى قاع المعدة والغالب ان لا يوجد الا قرحة واحدة وقد يوجد اثنتان او أكثر ولا يندر وجود قرحة حديثة بجوار ندب قروح ملتحمة ويوجد فى حالة هذا المرض الواضحة كما قاله الشهير روكيتانسكى فى الطبقة المصلية من المعدة ثقب مستدير ذو حواف حادة كأنه مقطوع بغاية الانتظام بمثقاب حلقى يشاهد بالنظر فى باطنه ان فقد الجوهر فى الطبقة المخاطية أكثر اتساعا منه فى الطبقة المصلية بحيث ان القرحة تكون ذات تدرج على هيئة قمع وقطر القرحة يكون عادة من ربع قيراط الى نصف قيراط وقد يصل قطرها الى قطر الريال او راحة اليد

وشكل هذه القرحة المزمنة يكون فى الابتداء مستديرا غالبا وبعد مكثه زمنا طويلا يصير بيضاويا او تحصل فيه تشرزمات فيصير غير منتظم وأغلب امتداده يكون عرضيا بحيث تصير المعدة احيانا محاطة بقرحة على هيئة منطقة

والقرحة المعدية فى كثير من الاحوال تشفى قبل ان يحصل تثقب فى جميع اغشية المعدة فان كان فقد الجوهر قاصرا على الغشاء المخاطى المعدى والمنسوج الخلوى تحته حصل التعويض بواسطة ازرارلحمية تستحيل فيما بعد الى منسوج ندبى سهل الانكماش به تتقارب حوافى القرحة الى بعضها وبذلك تتكون اثرة النحام متشععة ذات عظم متفاوت على السطح الباطن من المعدة وأما اذا كان فقد الجوهر أكثر غورا مما ذكر بحيث انه هتك الطبقة العضلية أيضا فانه يحصل انقباض تشعى فى البريتون عند شفاء القرحة بواسطة الانكماش الندبى للمنسوج الخلوى المتكون تكونا جديدا بل قد ينجذب سطح البريتون الباطن فى المعدة ويكون فيها ثنية وأما اذا كانت القرحة متسعة جدا فربما ينتج عن شفائها عند حصول الانقباض الندبى تضايق فى المعدة بسبب ضيق القطر المستعرض وهذا التضايق يكون عائقا غير قابل للشفاء يمنع مرور ما احتوت عليه المعدة الى المعى

ثم اذا كان مجلس القرحة القوس الصغير للمعدة كما هى العادة فالغالب ان يمتنع انسكاب ما احتوى عليه هذا العضو فى تجويف البريتون امتناعا وقتيا او دائما ولو مع تثقب جميع طبقات المعدة ويتم ذلك بكيفية خاصة هى انه عند امتداد التقرح من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريتونى جزئى فى المحل المصاب بجزء الطبقة المصلية المهدد بالتقرح يلتصق بالاعضاء المجاورة له وعند تأكله تسد الاعضاء الملتصقة بحوافى القرحة التصاقا متينا كالبانكرياس والثرب والفص الايسر من الكبد الثقب المتكون فى جدر المعدة ثم ان التقرح قد يسرى الى العضو الساد للثقب الملتصق بحوافيه لكن الغالب ان يتكون على السطح الظاهر لهذا العضو طبقة سميكة من منسوج خلوى تكون قاعا للقرحة فلا يسرى التقرح اليه ولا يشاهد أصلا ان العضو المالئ للمسافة الخالية مواز للطبقة الباطنة من المعدة او بارز فى تجويفها بل ان الغشاء المخاطى ينعطف من الباطن الى الظاهر على حوافى القرحة بعد انكماش الطبقة العضلية ويصل حينئذ الى العضو المالئ للمسافة الخالية ومتى حصل الشفاء فى مثل هذه الحالة انقبضت الطبقة الخلوية الندبية التى على العضو الساد للقرحة وحينئذ تتقارب حوافى

القرحة من بعضها حتى تتلامس فتتكون ندب الحامية صلبة ملتصقة بما تحتها التصاقاً متيناً

وعند امتداد التقرح كثيراً ما تنثلم اوعية الجدر المعدية او الاعضاء المنفتحة فيها القرحة وحينئذ تحصل ازفة غزيرة فى باطن المعدة وقد شوهد تمزق كل من الشريان الاكليلى المعدى والشرايين البوابية والشريان المعدى الثربى الايسر والشريان المعدى الاثنى عشرى او تفرعاته والشريان الطحالى لكن الغالب مشاهدة تمزق فروع الشريان الطحالى والشريان البانكرياسى الاثنى عشرى

وبالجملة تظهر فى الغشاء المخاطى المعدى جميع التغيرات التى شرحناها فى المبحث السابق اى الخاص بالنزلة المعدية المزمنة وفى بعض الاحوال تفقد تلك التغيرات او لا توجد الا بدرجة واهية جدا

(الاعراض والسير)

من الجائز أن القرحة المعدية ينتج عنها التهاب بريتونى فجائى قتال عقب تثقب جميع طبقات المعدة وخروج متحصل هذا العضو فى تجويف البطن او ينتج عنها نزيف غزير مهلك عقب تآكل بعض الاوعية الغليظة قبل معرفة هذا المرض او قبل امكان معرفته ومن الخطا البين اعتبار ظواهر الالتهاب البريتونى الفجائى او النزيف المعدى علامات أو اعراضا أولية للقرحة المعدية فان الطبيب اذا دقق فى بحثه لابد أن يجد أن المريض كان عنده قبل حصول الظواهر السابق ذكرها او النزيف اضطرابات قليلة فى الهضم واحساس ضغط خفيف فى القسم الشراسيفى يزداد بالاكل وان المريض لم يكن له طاقة على حمل حزام مشدود شدا قويا على البطن ولا نحوه مما يضغط على البطن والفترة التى بين ظهور هذه الاعراض الخفيفة والعرض القاتل قد يكون بعض أيام او أسابيع قليلة بحيث لا يشك فى أن جميع طبقات المعدة قد تثقب فى مدة هذه الفترة القصيرة بل يظهر أن تثقب المعدة وانسكاب متحصلها فى تجويف البطن لا يحصل غالبا الا فى الاحوال التى يظهر فيها هذا المرض باعراض خفية ثم يأخذ سيرا سريعا جدا وأما الاحوال التى يظهر فيها باعراض واضحة واصفة شديدة ويستمر جملة شهور بل جملة سنين فالمعدة

فيها تجد زمنا كافيا لالتصاقها بالاعضاء المجاورة وبذلك يمتنع انسكاب متحصلها في تجويف البطن وحصول التثقب المعدي بهذه الكيفية يذكرنا مايحصل في الارتشاحات الجنبية الرئوية بذات السير السريع جدا فيحصل عنه تثقب في البلور او يؤدي للتجمع الغازي في الصدر أكثر من حصوله في الدرن الدخني ذي السير البطيء الذي تكاد توجد فيه صفيحات البلورا دائما ملتصقة ببعضها متى امتد الفساد اليها

ثم ان الاحوال التي فيها تكون علامات التقرح المعدي غير واضحة بحيث يتعذر تشخيصه والتي فيها يكون المريض غير متألم من هذا المرض بحيث لا يلتجئ الى الاسعافات الطبية قبل حصول التثقب او النزيف المعدي نادرة جدا بالنسبة للاحوال التي فيها يسهل معرفة هذا المرض من الابتداء والتي فيها يحصل للمريض اعراض مؤلمة جدا وأكثر اعراض القرحة المعدية المزمنة وأشدها اتعابا للمريض الالم الذي يحصل في قسم المعدة فالمريض يشكي بألم مستمر في القسم الشراسيفي يزداد بالضغط على هذا القسم ويكون عادة كثير الشدة في جزء محدود منه كما انه يشكي بنوب آلام شديدة جدا تبتدئ من قسم المعدة وتتشعع نحو الظهر كالآلام العصبية المعدية وهذه النوب تظهر عادة بعد الاكل بزمن يسير وكلما كانت المطعومات أعسر هضما وأكثر تهييجا كانت الآلام أشد قوة فالمريض يصيح ويبكي من شدة الالم وربما انحنى على نفسه ولا يرتاح الا بعد تخلص المعدة من المواد المحتوية عليها بواسطة القيء فان لم تتخلص فربما استمرت نوبة الآلام جملة ساعات ويمكن الحكم بتعيين مجلس التقرح تقريبا بواسطة الزمن الذي فيه تعقب نوب الآلام تعاطي المأكولات وذلك ان نوب الآلام ان ظهرت عقب الاكل حالا دل ذلك على ان مجلس التقرح الفؤاد أي فم المعدة وان ظهر بعد الاكل بساعة او ساعتين دل ذلك على ان مجلسه الجزء البوابي من المعدة هذا ومن المقرر المعلوم ان نوب الآلام تحصل بعد تعاطي الاكل وانها تكون أكثر شدة كلما كانت المطعومات اعسر هضما واكثر تهييجا كما ذكرناه قبل ذلك الا أن هناك استثناآت من المهم معرفتها وان كانت عسرة التوجيه

منها ان تحصل الآلام عند فراغ المعدة وتتلطف بالتعاطى ومنها ان المريض يكون مصونا من الالم عقب تعاطى المطعومات العسرة الهضم بعكس الاطعمة السهلة الهضم فانها تحدث عنده آلاما شديدة والعادة ان تنسب نوب الآلام الى التهيج الذى تحدثه متحصلات المعدة على سطح القرحة حال تزحزح تلك المتحصلات من صقر الى آخر وهذا التهيج لا يوجد عند فراغ المعدة وقد وجه بعضهم حصول نوب الآلام ايضا بان العصير المعدى الحمضى الذى ينفرز بغزارة عند تعاطى الاغذية يهيج القرحة فتنتج عنه نوب الآلام واما الفترات التى بين هذه النوب فهى ناشئة من كون سطح القرحة حال فراغ المعدة مغطى بطبقة مخاطية قليلة التهيج لكن متى علمنا انه قد يحصل احيانا تثقب فى جميع طبقات المعدة بدون أن يسبق ذلك نوب ألمية وانه قد يشاهد استمرار نوب الآلام الشديدة ولو بعد شفاء القرحة فيما اذا كانت المعدة ملتصقة بالاعضاء المجاورة لها كان ذلك دليلا على ان الالتهاب البريتونى الناتج عن القرحة والانجذاب الذى يعترى جدر المعدة الملتصقة بما جاورها من الاعضاء وقت حركات هذا العضو الدينامية لهما دخل عظيم فى احداث الآلام المعدية الشديدة وكلما كانت المطعومات اكثر غلظا وثقلا كانت حركات المعدة الناتجة عنها اكثر شدة واستمرارا وكذا كانت نوب الآلام المعدية عقب تعاطى نحو الخبز غير الجيد وتفاح الارض والبقول ونحو ذلك اكثر شدة واطول مدة وراحة المرضى راحة نسبية عقب تعاطى نحو الاشربة والالبان والجواهر الغذائية السائلة اللطيفة

ومن الاعراض الملازمة لهذا المرض كملازمة زيادة حساسية القسم الشراسيفى ونوب الآلام المعدية القىء الدورى وهو ينتج عادة من نفس الاسباب المحدثة لنوب الآلام وكثيرا ما تنتهى تلك النوب به وهذا القىء تارة يحصل عقب تعاطى الاكل وتارة بعده بزمن طويل بحسب قرب القرحة من الفؤاد او البواب وكلما كان مجلس القرحة قريبا من فتحات المعدة كان حصول القىء اكثر وجودا وملازمة وقد نبه الشهير (هينولث) على ان المعدة كغيرها من الاعضاء المجوفة يسهل فيها احداث حركات انعكاسية متى كانت فتحاتها الطبيعية مجلسا الامراض وعلى انه يكثر حصول التشنجات المتانية

الشديدة عندما يكون مجلس التهيج الالتهابى عنق المثانة وان الزحير المتعلق بامراض القولون تكثر شدته كلما كان مجلس المرض قريبا من الاست والغالب ان تتقايأ المرضى المطعومات متغيرة تغيرا متفاوتا ومختلطة بمواد مخاطية وسائل حمضى وصفات المواد المنقذفة بالقىء التى توجد فيها خليات نباتية غالبا وهى تتعلق بشدة النزلة المعدية اللازمة لهذا المرض وامتدادها وقد لا ينقذف بالقىء الا مواد مخاطية او سائلة حمضية بكمية عظيمة مع بقاء الاغذية فى المعدة

فعلى هذا يترجح الحكم بوجود قرحة معدية مزمنة متى حصلت آلام معدية شديدة وقىء على الدوام عقب تعاطى الاكل ويعتبر التشخيص يقينيا متى انضم لذلك قىء دموى والقىء الدموى مختلف الينابيع فتارة يكون ينبوعه نزيفا شعريا ناشئا عن سعى التقرح وتارة وهى أكثر حصولا من السابقة يكون ينبوعه تأكل بعض الاوعية الغليظة وهذا الشكل هو الواصف للقرحة المعدية وسنتكلم فى المبحث الثامن على النزيف المعدى كلاما مبسوطا

ثم ان اعراض النزلة المعدية التى تصحب القرحة المعدية وان انضمت دائما الى الاعراض الواصفة لهذا المرض تتفاوت شدة وضعفا باختلاف درجة تقدم النزلة المعدية وامتدادها فان من المرضى من يشكى بانتفاخ عظيم فى القسم الشراسيفى وفقد فى الشهية وتجشئ متكرر واحساس بما يشبه الحديد المحمى فى الفؤاد ومنهم من يكون أثناء فترات نوب الآلام ذا صحة مناسبة تكاد الشهية عنده تكون تامة

وأما علامات النزلة الفمية التى تضاعف القرحة المعدية فتخالف مخالفة تامة علامات النزلة الفمية التى تصاحب النزلة المعدية فان السوائل الحمضية التى تندفع بالقىء وتصل الى الفم فى القرحة المعدية يظهر أنها تحلل الطبقة البشرية فتنفصل عند القىء واللسان بدل كونه مغطى بطبقة سميكة يغلب ان لا تفقد فى النزلة المعدية المزمنة البسيطة يكون أحمر متشققا وحالته هذه تكون مصحوبة دائما بازدياد فى العطش ثم يوجد امساك مستعص كما يوجد فى جميع أحوال النزلة المعدية المزمنة

وأما الحالة التامة لبنية المريض فى هذا المرض فهى ان القرحة المعدية

المزمنة تحدث اضمحلالا سريعا فى التغذية بحيث ان المريض ينحط بسرعة ويضعف ويظهر ذا سحنة باهتة ضعيفة وقد لا تضطرب تغذية المريض الا قليلا وهذا الاختلاف منوط بلا شك باختلاف درجة النزلة المعدية المصاحبة للقرحة المعدية شدة وامتدادا

واما سير القرحة المعدية فهو طويل جدا الا فى الحالة المتقدم ذكرها التى تعتبر فيها حادة فقد يمتد هذا المرض جملة سنين وفى أثناء هذه المدة تظهر تقلبات عديدة فى مكابدات المريض فقد يعقب الزمن الذى كانت فيه حالة المريض مطاقة زمن يعتريه فيه مكابدات عظيمة بدون سبب ظاهر ولا يندر أن يحصل فى أثناء النقاهة الظاهرية قئ دموى فجائى كما لا يندر أن يعود التألم للمريض دفعة بعد انطفائه بالكلية مدة سنين ومإذ الن الامن ميل القرحة المعديه للنكسات

وأكثر انتهاآت القرحة المعدية حصولا الشفاء بأن تزول مكابدات المريض شيأ فشيأ وتعود الجودة التغذية ولا يبقى عنده أدنى ألم ثم اذا مات بعد زمن ما بأى مرض توجد فيه الندبة الالتحامية التى تخلفت عن القرحة المعدية وقد ينتهى هذا المرض نادرا بشفاء غير تام بان تزول اعراض النزلة المعدية المزمنة والقئ الدورى غالبا ويكتسب المريض هيئة صحية لكن لا يزال يعقب كلا كله من ا كلاته آلام معدية وقد تكون اشد من سابقتها فيلزم حينئذ أن تكون القرحة قد التحمت فى مثل هذه الحالة وعاد الغشاء المخاطى الى سلامته الا أن الندبة الالتحامية التى تخلفت تعوق حركات المعدة فى جزء محدود منها او ينشأ عن ذلك التصاقها بالاعضاء المجاورة وهو الغالب وبذلك تتوتر جدر المعدة وتنجذب عند تحركها فتستمر نوب الالام المعدية ثم انه كثيرا ما يتكون تضايق فى البواب وتمدد فى المعدة كمرض تابعى للقرحة المزمنة المعدية بواسطة ندبة الالتحام التى يكون مجلسها بقرب البواب او بواسطة ضخامة جدر المعدة التى تنشأ عن النزلة المعدية المزمنة المضاعفة لهذا المرض

وقد تنتهى القرحة المعدية المزمنة بالموت بان يحصل عند المريض تثقب فى جدر المعدة وانسكاب متحصلها فى تجويف البطن وهلاك الشخص فى مثل

هذه الحالة يحصل احيانا بدون ظهور علامات التهاب بريتونى اواقل
ماهنالك قبل أن يصل الالتهاب المذكور الى درجة عظيمة جدا بحيث لايعرف
علة حصول الموت منه وعند ظهور الآلام الشديدة جدا فى البطن ظهورا
فجائيا يصير جلد المريض باردا ونبضه صغيرا وتتغير هيئته ويهبط ثم يهلك
وهو على تلك الحالة

وان حصل فى هذه الحالة ضعف فى ضربات القلب وقل امتلاء الشرايين
تدريجيا نتج عن تراكم الدم فى الاوردة ظواهر سيانوزية واضحة تصير الهيئة
الظاهرة لمثل هؤلاء المرضى شبيهة بهيئة المصابين بالهيضة فى الدور
الاسفكسى ويظهر أن التثقب المعدى فى هذه الحالة ينتج عنه شلل فى
المجموع العصبى المنوط بالتغذية كما يحصل ذلك فى غير هذا المرض من
الآفات الثقيلة وهذه الحالة اى التى يطرأ الموت فيها فى مدة اليوم الاول
او الثانى من حصول التثقب نادرة بالنسبة للحالة التى يطرأ الموت فيها عقب
انضمام اعراض الالتهاب البريتونى القتال الى مجموع الاعراض التى بيناها
سابقا وقد يكون حصول الموت من النزيف المعدى وهذا نادر فان المريض
يعود لصحته عادة ولو فى الاحوال التى فيها يظهر ذا هيئة منتقعة مصفرة كالشمع
الاصفر خالية عن الدم ويعقب رفع رأسه اغماء ويوجد فيها بالاختصار
علامات فقد الدم كالضجر والخفقان والاغماء وطنين الاذنين ونحو ذلك ومع
هذا اذا تأكلت اوعية غليظة شريانية امكن حصول الموت بسرعة وقد
شاهدت حالة سقط فيها الشخص على الارض فجأة وهلك عقب تثقب الشريان
الطحالى وقبل ظهور القىء الدموى وقد يحصل الموت عقب النهوكة
التدريجية ويحتمل ان يكون حصوله فى الاحوال التى التحمت فيها القرحة
المعدية الا انه نشأ عنها فى المعدة تضايق عقب انقباض الندبة الالتحامية وفى
مثل هذه الحالة لاتستمر نوب الآلام الشديدة المعدية وحدها بل مع ذلك
يتقايأ المريض جميع ماتعاطاه من المطعومات ويكون مع ذلك امساك
مستعص بحيث ينقطع التبرز جملة أيام فيهبط البطن وينحف المريض نحافة
زائدة هيكلية ثم يهلك من عدم التغذية

(التشخيص)

من المحال تمييز القرحة المعدية المزمنة عن النزلة المعدية البسيطة المزمنة فى الحالة النادرة التى ايست فيها القرحة المعدية مصحوبة بجميع علاماتها الواصفة واما التمييز بينهما فى غالب الاحوال فلا يكون عسرا فان زيادة احساس القسم الشراسيفى فى جزء محدود منه ووجود نوب ألمية معدية شديدة وقىء متكرر رسيما القىء الدموى الغزير ينافى وجود النزلة المعدية البسيطة بالكلية وقد يعتمد قليلا فى التمييز بينهما على حالة اللسان فانه فى أحوال القرحة المعدية يكون احمر املس وفى أحوال النزلة المعدية يكون غالبا مغطى بطبقة واما التمييز بين القرحة المعدية وتضايق البواب الناتج عن ضخامة فى جدر المعدة فقد يكون صعبا جدا و يعتمد فى ذلك على ان نوب الالم تكون اقل شدة فى تضايق البواب وليست بنسبة كثرة تكرار القىء وان حصول القىء فيه ايضا يكون فى أزمنة منتظمة ومصحوبا بتمدد تابعى للمعدة فمجموع هذه الاعراض الاخيرة يثبت وجود التضايق دون القرحة المعدية

والندبة الالتصاقية التى بها تعاق المعدة عن تتميم حركاتها وتجذب يغلب على الظن انه يمكن تشخيصها فى الحالة التى فيها توجد الآلام المعدية الشديدة غير مصحوبة باضطراب وتكدر فى وظائف الهضم بان يكون المريض فيها مع شدة تألمه ومكابدته متمتعا بصحة جيدة وتتأكد غلبة الظن متى تأكد الطبيب أن المريض كان عنده سابقا علامات دالة دلالة اكيدة على وجود قرحة معدية زالت بالكلية ولم يبق لها اثر سوى الآلام المعدية ويغلب على الظن وجود التضايق الندبى للمعدة فى الحالة التى فيها تظهر اعراض التضايق ظهورا بطيئا مع ازديادها عقب زوال علامات القرحة المعدية السابقة

واما تمييز القرحة المعدية المزمنة عن سرطان المعدة وعن الآلام المعدية العصبية فسيأتى فى المبحث التالى لهذا

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة القرحة المعدية المزمنة بالنظر لما ذكرناه فى سيرها وانها آئلة جيدة غالبا لكن على الطبيب ان لا ينسى ان هذا المرض كثير النكسات

والثورانات وانه فى اثناء التحسن الظاهرى يمكن ظهور نزيف معدى وان المريض بعد حصول الشفاء يكون عرضة غالبا للنكسات

(المعالجة)

يندر أن يكون تغير جدر الاوعية الناشئ عنه كل من التسكر والجزئى بجدر المعدة وانتهاء ذلك بالقرحة المعدية المستديرة نتيجة النزلة المعدية المزمنة فان المدمنين على السكر الذين نشاهد عندهم النزلات المعدية المزمنة المستعصية جدا يندر أن يعتريهم قروح معدية وحيث ان الاسباب الاصلية للتغير المرضى فى جدر الاوعية غير معلوم نعترف ولابد انه لا يمكننا اتمام ماتستدعيه المعالجة السببية فى القرحة المعدية واستعمال المركبات الحديدية الذى يظهر أنه ضرورى بسبب الأنيميا الحاصلة لاتتحمله المعدة فى أحوال القرحة المعدية

واما معالجة المرض نفسه فينبغى فيها اتباع تدبير صحى بغاية الدقة فان نجاح المعالجة يتعلق بالاكثر باتباع ماذكر ولو لم يمكنا بالضرورة حفظ الجزء المريض من جدر المعدة من تأثير أى سبب مضر كما يكون ذلك فى القروح الجلدية الظاهرة فان ادخال اى جوهر غذائى مهما كان لطيفا يحدث ولابد احتقانا فى الغشاء المخاطى المعدى وتهيج الجزء المتقرح ومع ذلك فكلما كانت المطعومات أكثر غلظا وثقلا كان التهيج الناشئ عنها اكثر شدة ويستنتج من هذه الحقائق الثابتة المطابقة بالكلية للتجارب قاعدة عامة وهى انه لا يسمح للمرضى الا باغذية لطيفة سائلة فيجتهد ابتداء باتباع تدبير غذائى مطلق بالالبان ويتطرفى تحمل المرضى له وعدمه فان غالبهم لايتحمله وان انعقد اللبن فى المعدة على هيئة جلط جامدة لزجة ينبغى اتباع طريقة (بود) وهى تعاطى الالبان مصحوبة بقليل من الخبز الابيض النظيف وبعض المرضى لايتحمل اللبن الحليب ويتحمل اللبن المنعقد والحمضى تحملا جيدا وان وجد عند المرضى كراهة عظيمة للالبان وكان لايمكن تحمل كل من اللبن المنعقد والحمضى ينبغى ان يؤمر لهم باستعمال الشربات القوية التى لايؤخذ زبدها مضافا اليها الخلاصة اللحم للمعلم (ليبج) وقوة تغذية المقادير الصغيرة من هذه الخلاصة وان كانت قليلة الا انها منعشة قوية وكذا يؤمر للمرضى بخلاصة الشعير النابت المجفف

للمعلم (تروميز) المحتوية على الاجزاء المغذية لهذا الجوهر على الحالة السائلة وحيث ان المرضى يمكنهم تعاطى جملة ملاعق منها فى اثناء النهار بدون مشقة ينبغى اعتبارها جوهرا غذائيا جيدا وانى لاعرف مرضى كانت تتعاطى فى كل يوم من اوقية الى اثنتين من خلاصة الشعير المذكورة و ينبغى تجنب تعاطى البقول والخبز المصنوع من الدقيق الخشن والبطاطس المحمر والمصنوع سلطة واما المطبوخ على هيئة عصيدة فيسمح باستعماله ومن النافع جدا فى معالجة القروح المعدية المزمنة استعمال القلويات الكربونية فانها ذات تأثير واضح و يفضل من المياه المعدنية المحتوية على قلويات كربونية واملاح مسهلة ما كان حارا منها على البارد فتوسل المرضى التى تسمح احوالهم بالسفر الى حمام كرلوس باد وان لم تسمح حالتهم بذلك يوصوا باستعمال مياه كرلوس باد وماريه باد وتراسبير ونحوها وهم فى اماكنهم انما ينبغى قبل تعاطيها تسخينها جيدا وقد شاهدت نجاحا عظيما فى بعض الاحوال من شرب مياه ويلدباد وغيرها من المياه المعدنية الحارة عند بعض المرضى المصابين بقروح معدية مزمنة وكانت تعاطت بلا طائل كلا من مياه كرلوس باد وماريه باد بدون ان يتحقق لى كل التحقيق من ان شرب بعض مياه الينابيع الحارة يقوم مقام مياه كرلوس باد كما قاله المعلم (بولث) فى جرناله انه ومما يتأسف منه كون هذا الطبيب الحاذق مجتهدا فى انتشار معارف غير تامة بين العامة مثل هذه فانى قد شاهدت جملة اشخاص يزعمون انهم تحصلوا على معارف كافية من قراءة ماذكر ويدعون أن لهم قدرة على معالجة أنفسهم وبذلك استحصلوا على الضرر والتدبير الصحى فى المعالجة بمياه الينابيع الطبيعية وان احتوى على بعض امور زائدة غريبة لا ينبغى عدم الاعتناء به ورفضه فانه يترتب على ذلك عدم اتباع الوصايا العقلية كايصاء المريض بعدم التأخر فى النوم زيادة عن الساعة السابعة ليلا (المقابلة للساعة الثانية بحساب العربى) ليلا وعدم تعاطى شئ سوى الشربات مساء وعدم تعاطى شئ فى الصباح من الاغذية الابعد مضى نصف ساعة الى ساعة بعد شرب آخر كوبة من الماء فان من المهم جدا وصول المياه المعدنية الى المعدة وهى خالية

واذا لم تثمر المعالجة المذكورة وجب الانتقال الى المعالجة بواسطة نترات الفضة او تحت نترات البزموت فان هاتين الواسطتين سيما الاولى منهما يطابقان دلالات معالجة هذا المرض نفسه وذلك لانهما كما يشاهد من تأثيرهما فى التحام قروح الجلد والاغشية المخاطية غير المعدية يسرعان فى التحام القرحة المعدية والمريض يتحملهما فى هذا المرض ولو زاد مقدارهما زيادة عظيمة لكن ينبغي التنبيه على ان نجاحهما فى القرحة المعدية ليس محققا كما هى عادتهما فى النزلة المعدية المزمنة فانه قد يشاهد منهما النجاح العظيم فى بعض الاحوال بسرعة وفى بعضها لا يثمران أصلا وكل من استعمال هذين الجوهرين ومقدار التعاطى منهما سبق ذكره فى معالجة النزلة المعدية المزمنة

والمعالجة العرضية لهذا المرض تستدعى أولا مضاربة نوب الآلام المعدية اذ من النادر أن توجد أحوال من احوال القرحة المعدية المزمنة لا تحتاج لاستعمال المسكنات فيها والغالب ان تأثير المسكنات فى نوب الآلام المعدية سريع وواضح للغاية فان تعاطى مقدار صغير من المورفين يحصل منه فى المعدة بعد التعاطى بيسير من الدقائق تلطيف عظيم بل سكون كلى فى الآلام وهذه النتيجة تؤيد ما ذكرناه من ان نوب الآلام المعدية تنشأ فى أكثر الاحوال عن انجذاب المعدة وتوترها فانها لو كانت متعلقة بالتهيج الذى يعترى سطح القرحة من الاغذية او من العصارات المعدية الحمضية لكان تأثير الجواهر المسكنة فيها غير معقول مع انه كما قال المعلم (با كش) يظهر بسرعة عجيبة وأما كونها متعلقة بالجذب الواقع على جدار المعدة فالامر فيه واضح فان المسكنات زيادة عن تخديرها تحدث بطأ فى حركات المعدة وقال المعلم (استوكس) ان المورفين هو الدواء الوحيد الناجح فى معالجة القرحة المعدية المزمنة ورأيه ان نجاح غيره من الجواهر الدوائية انما هو ناتج عن اعطائها ممزوجة بالمسكنات التى فيها المورفين كما هى عادة الاطباء فى كيفية اعطاء نترات البزموت فى هذا المرض والغالب ان يكتفى باعطاء مقدار صغير من المورفين (بان يعطى منه جزء من اثنى عشر جزأ من قمحة او جزء من ثمانية اجزاء) فقط ولا حاجة الى زيادة كميته فقد شاهد المعلم

(باكش) امرأة تعاطت هذا المقدار زيادة عن مائة مرة بدون ان يتأخر فعله المسكن والمورفين فى هذه الاحوال افضل من خلاصة الشوكران والبلادونا الموصى بهما ايضا فى هذا المرض وعند وجود ازدياد فى احساس القسم الشراسيفى عند الضغط تستدعى المعالجة العرضية ارسال العلق على القسم الشراسيفى او المحاجم التشريطية واذا لم تثمر الوسايط المذكورة فلتستعمل الحراريق او المشمعات الطرطيرية على القسم الشراسيفى زمنا طويلا فقد شوهد حصول النجاح احيانا من ذلك ومن الاعراض التى تستدعى معالجة مخصوصة ايضا القىء المستعصى ومما يثمر فيه غالبا المخدرات سيما المورفين فان لم يثمر وجب استعمال مقدار صغير من الماء الجليدى او استحلاب قطع صغيرة من الثلج فان لم يثمر ذلك فقد شوهدت المنفعة العظيمة فى استعمال الكريوزوت موضوعا منه اربع نقط على ست اواق من الماء ويتعاطى منه ملعقة فملعقة او صبغة اليود من نقطتين الى ثلاثة فى ماء محلى وقد تستدعى الانزفة المعدية والالتهابات البريتونية التى تطرأ مدة سير القرحة المعدية معالجة مخصوصة وسيأتى بيانها

(المبحث السابع)

(فى سرطان المعدة)

(كيفية الظهور والاسباب)

المعدة اكثر الاحشاء مصابية بالسرطان والغالب ان تكون اصابتها اولية ويندر ان يتبع سرطان المعدة آفة سرطانية فى غير المعدة من الاعضاء كاصابة تابعية كما يندر امتداد سرطان الاعضاء المجاورة للمعدة اليها

ثم ان اسباب سرطان المعدة كغيره من الآفات السرطانية خفية بالكلية ويظهر ان هذا المرض فى بعض العائلات وراثى فان (نابليون) الاول واخته ووالده هلكوا بسرطان فى المعدة واما عروضه بالنسبة للصنف والسن والمعيشة فيقال فيه عادة ان الرجال اكثر مصابية به من النساء ومن كان سنه من اربعين الى ستين فهو اكثر مصابية به من غيره ومشاهدته قبل سن الاربعين نادرة واما حصوله قبل سن الثلاثين فيعد من الاحوال الاستثنائية وتصاب به الاغنياء والفقراء على حد سواء وكثرته فى الفقراء لكثرة عددهم

عن الاغنياء وما ادعاه بعض الاطباء من أن ظهور هذا المرض يكون من تأثير الافراط فى تعاطى المشروبات الروحية والانفعالات النفسانية المحزنة وارتداع بعض الطفحات الجلدية والقروح فليس بمثبت

(الصفات التشريحية)

اغلب ظهور سرطان المعدة يظهر فى جزء المعدة البوابى واقل من ذلك اصابته لجزئها الفؤادى او قوسها الصغير واندر من ذلك اصابته قاع المعدة وقوسها العظيم وهذا الداء ذو ميل عظيم للامتداد جهة العرض بحيث ان سرطان القوس الصغير يمتد الى القوس الكبير وسرطان البواب او الفؤاد ينشأ عنه تضايق حلقى فى المعدة والعادة ان يكون التضايق السرطانى للبواب محدودا بالصمام البوابى واما سرطان الفؤاد فيكاد يمتد دائما الى المرىء امتدادا امتغاوتا

واكثر انواع السرطان مشاهدة فى المعدة السرطان الاسكيروسى واقل منه مشاهدة السرطان النخاعى واندر منهما السرطان الهلامى او الخلاقى وكثيرا ما تنضم انواع السرطان الى بعضها كالسرطان الاسكيروسى والسرطان النخاعى وهذا هو الغالب فى الانضمام

فاما سرطان المعدة الاسكيروسى فيكاد يبتدئ دائما فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى فيتكون عنه تارة عقد متفرقة وتارة تيبسات منتشرة يظهر فيها بسبب عدم انتظام نمو جميع اصغارها جملة تحدبات ويشاهد فى هذا التولد المرضى جميع الاوصاف الخاصة بالسرطان اليابس اى الاسكيروسى وهى كونه مادة كثيفة مبيضة بياضا كابيا شبيهة بصلابة الغضروف والغشاء المخاطى يلتصق سريعا بالتولد المرضى الجديد الكائن اسفل منه ثم يلين فيما بعد فيصير ذا هيئة عجينية مسودة ثم ينفصل ويبقى سطح السرطان متعريا والطبقة العضلية للمعدة يحصل فيها ضخامة ممتدة وتظهر الهيئة المدرجة الخاصة كما ذكرناه سابقا وعند تقدم سير هذا المرض تقع تلك الطبقة فى ضمور او تتلاشى بالكلية والطبقة المصلية يحصل فيها تخن وعتامة عقب اصابتها بالالتهاب البريتونى الجزئى وتلتصق غالبا بما حولها وتتغطى بترا كمات يابسة مبيضة صفيحية وبعد تلاشى الغشاء المخاطى يأخذ السرطان العادى فى

التقرح فيتكون فيه انبعاجات سطحية فى الابتداء ثم تصير فيما بعد غائرة وحينئذ تتكون القروح السرطانية ذات الشكل غير المنتظم والحوافى المتيبسة الشبيهة بالقروح السرطانية التى تحصل فى ظاهر الجلد وقد تعلو احيانا سطح القروح الاسكيروسية وحوافيها تولدات سرطانية نخاعية

واما سرطان المعدة النخاعى ففى ابتدائه وجدت عقد أو تيبسات منتشرة تتكون اسفل الغشاء المخاطى من الابتداء ذات رخاوة وهيئة مشابهة لهيئة الجوهر الدماغى النخاعى يسهل بعد شقها خروج مادة لبنية سرطانية منها واخذ هذا السرطان فى الامتداد اسرع من السرطان الاسكيروسى فيعلو بسرعة على السطح الباطن من المعدة على شكل تولدات اسفنجية رخوة مهيئة للادماء والعادة ان ينقسم هذا التولد المرضى من مركزه الى جملة كتل مسودة رخوة خلوية واما دائرته فلا يزال نموها آخذا فى التقدم وعند انفصال الاجزاء المسودة الميتة تتكون قرحة ذات حواف منقلبة الى الظاهر قد بسطية ومحيطة بالقرحة على شكل حاجز وقطر هذه القرحة يصل الى جملة قراريط والتولدات المرضية قد تنمو فتزداد ازديادا عظيما جدا بحيث يضيق تجويف المعدة

واما السرطان الخلانى او الهلامى فيندر ظهوره على شكل عقد متفرقة والغالب ان يظهر على شكل استحالة سرطانية منتشرة ويبتدئ فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى ايضا الا انه يؤدى بسرعة الى فساد جميع طبقات المعدة بحيث ان جدرها التى يصير سمكها جملة خطوط بل نصف قيراط لايرى فيها آثار منسوجها الاصلى بل توجد جميعها متكونة فى تجاويف صغيرة (هى الخليات) محتوية على سائل هلامى وبالبحث المكرسكوبى يستدل على ان هذا السائل نشأ من تراكم الخلايا السرطانية المتجمعة فى التجاويف الصغيرة والتى اعترتها الاستحالة الهلامية والغشاء المخاطى يتلاشى ايضا فى السرطان الهلامى فيستفرغ متحصل التجاويف الصغيرة فيظهر سطحه السائب خلويا متغير اللون رديئه ومع ذلك فقد الجوهر لايكون غائرا فانه يحل محل الاجزاء المتلاشية تكونات جديدة ثم كثيرا ما تمتد الاستحالة السرطانية الى الاعضاء المجاورة للمعدة سيما العقد اللنفاوية والبانكرياس والكبد

والقولون المستعرض والثرب كما ان تقرح هذا التولد الجديد قد يمتد من المعدة الى الاعضاء المذكورة وبذلك يمكن ان يتكون استطراق بين المعدة والقولون او استطراق الى الظاهر بعد التصاق المعدة بالجدار المقدم للبطن وتثقبه و يندر امتداد السرطان الخلوى الى الاعضاء المذكورة وكثيرا ما يؤدى هذا النوع من السرطان الى استحالة سرطانية منتشرة فى البريتون فيعقب ذلك انسكابات استسقائية فى تجويفه

واذا امتد التقرح السرطانى الى البريتون قبل التصاق المعدة بالاعضاء المجاورة نشأ عن ذلك انسكاب متحصلها فى تجويف البطن فيعقب ذلك التهاب بريتونى قتال

واذا نتج عن الاستحالة السرطانية تضايق عظيم فى البواب يمنع مرور متحصل المعدة الى المعى نتج عن ذلك تمدد فى المعدة وهذا العائق يزداد بسبب البروزات العقدية للسرطان و بتقرح الجزء المصاب واذا كان مجلس السرطان الفؤاد او كانت جدر المعدة مكابدة للاستحالة السرطانية فى امتداد عظيم منها كما يشاهد ذلك فى السرطان الهلامى نتج عن ذلك تضايق فى تجويف المعدة والبواب المتسرطن فى غالب الاحوال يبقى فى محله الطبيعى بسبب تثبته بالالتصاقات وهناك احوال يبقى فيها سائبا فيسقط بثقله نحو الخثلة وقد يسقط الى الارتفاق العانى

(الاعراض والسير)

يتعذر معرفة السرطان المعدى فى بعض الاحوال مدة الحياة مع التأكيد حيث ان بعض الفقراء الذين يكثر ورودهم الى المارستانات للمعالجة يكونون فى نهوكة متقدمة ومع ذلك فلا يشكون بشئ ولا يعلمون سببا لهذه النهوكة والقسم الشراسيفى حينئذ لا يظهر فيه ألم بالضغط فى مثل هذه الحالة والشهية تكون فيها جيدة ولا تخرج المطعومات بالقئ ثانيا ولا يدل البحث عن البطن على وجود ورم فيه فينبغى للطبيب حينئذ ان يعرف ان سرطان المعدة قد يسير بدون هذه الاعراض المذكورة اخيرا وان يتيقظ لكونه سببا للنهوكة العظيمة جدا بدون ان يجزم بتشخيصه ومتى هلك مريض من هؤلاء ووجد عند تشريحه قرحة سرطانية عظيمة فى المعدة زاد تعجب بعض الاطباء

غير المتمرنين من عدم امكان تشخيص هذا المرض مع تقدمه تقدما عظيما مدة الحياة

وهنالك أحوال لا يعرف فيها سرطان المعدة الا بوجه التقريب وذلك كما فى الاحوال التى فيها المرضى المتقدمون فى السن يتشكون بفقد فى الشهية وامتلاء فى القسم الشراسيفى وتجشىء ونحو ذلك من ظواهر فساد الهضم ومع هذه الاعراض الخفيفة فى الظاهر يتضح للطبيب ان هؤلاء المرضى يفقدون قواهم بسرعة وتكتسب وجوههم هيئة مصفرة وسحنة تدل على سوء القنية ويظهر عندهم احيانا انتفاخ اوذيماوى خفيف حول الكعبين ففى مثل هذه الاحوال متى أمكن الطبيب ان ينفى جميع الامراض المحدثة للنهوكة دون المرض الذى نحن بصدده ترجح عنده ان المريض ليس مصابا بنزلة معدية مزمنة بل بمرض خبيث فى المعدة أى بسرطانها وان لم يوجد كل من الآلام الخاصة والقىء وورم المعدة الواصف لهذا المرض

لكن فى غالب الاحوال تكون الصفة التى يسير بها سرطان المعدة كثيرة الوضوح فتعرف بسهولة وذلك فى الاحوال التى فيها ينضم لظواهر فساد الهضم ولاعراض النهوكة وسوء القنية ألم شديد فى قسم المعدة يزداد بالضغط ويرتقى الى درجة عظيمة بعد الاكل لكنه لا يصل عادة الى درجة شدة نوب الآلام المعدية العصبية وينضم لذلك غالبا تقايؤ لكنه يحصل زمنا فزمنا اذا كان مجلس السرطان القوس الصغير ويحصل بعد كل مرة من تعاطى المطعومات اذا كان مجلسه الفؤاد او البواب غيران القىء يحصل بعد الاكل بجملة ساعات اذا كان مجلس التضايق السرطانى البواب وبعد الاكل حالا اوفى اثنائه اذا كان مجلسه الفؤاد ومن الجائز احيانا ان يصير القىء نادرا بعد استمراره زمنا طويلا على حالة منتظمة او يزول بالكلية او يستعاض بحركة ارتداد الاطعمة كاجترار بعض الحيوانات ويسهل توجيه هذه الظاهرة متى اتضح بالتشريح ان الجزء الضيق صار متسعا بسبب لين السرطان وتقرحه اوان المعدة بسبب تمددها التمدد العظيم بما اعترى جدرها من الاستحالة السرطانية فقدت قوة الانقباض التى تساعد حركة القىء مدة الحياة وقد لا يتضح من الصفات التشريحية سبب زوال القىء المذكور ثم ان

المواد المنقذفة بالقئ تارة تكون متكونة من الاطعمة المزدردة ملتفة بطبقة من مواد مخاطية وقليلة التغير وذلك اذا كان مجلس السرطان الفؤاد او كثيرة التغير بحيث تكاد لا تعرف وذلك اذا كان مجلس السرطان البواب وتارة تكون متكونة من مواد مخاطية غزيرة ومن سائل كثير التلون حمضى الطعم والرائحة وظهور كل من حمض اللبنيك او السمنيك والخليك فى المواد المنقذفة بالقئ يتعلق بنفس الاسباب التى بيناها فى شرح النزلة المعدية والتضايق البسيط للبواب وكثيرا ما يشاهد فى مواد القئ الخليات النباتية المعدية واما وجود قطع سرطانية فيها فنادر جدا وما ذاك الا لكون السرطان عند تقرحه وفساده تفقد جزيئاته شكلها الاصلى الواصف لها وعند تقرح هذا التولد المرضى الجديد الكثير الاوعية كثيرا ما تحصل ازفة شعرية والدم المنسكب فى المعدة يتغير بسرعة بواسطة متحصلها الحمضى فيستحيل الى مادة مسودة مخصوصة ولذا كان وجود هذه المادة المسودة الشبيهة بدردى القهوة مختلطة بمواد القئ معتبرا من العلامات المهمة الكثيرة الوجود فى سرطان المعدة الا انه بولغ فى اهميتها التشخيصية فى هذا المرض مبالغة خارجة عن حدها وبندرتا كل اوعية غليظة عند تقرح السرطان بحيث يحصل نزيف غزير جدا ولذا كان وجود هذا العرض فى الاحوال المشكوك فيها امرجحا لكون المرض قرحة معدية مزمنة لا سرطانا معديا واهم اعراض السرطان المعدية وجود ورم فى القسم الشراسيفى الا انه يجب معرفة كون هذا العرض يفقد فى كثير من الاحوال ومن علم وضع اجزاء المعدة بالنسبة للكبد وقوس الاضلاع سهل عليه ادراك ذلك فان سرطان الفؤاد يكاد لا ينتج عنه ورم محسوس فى القسم الشراسيفى ولو بلغ ذلك الورم حجما عظيما كما ان سرطان القوس الصغير للمعدة لا ينتج عنه ورم فى القسم الشراسيفى الا اذا امتد ذلك الورم نحو القوس العظيم من هذا العضو ومعظم الاورام السرطانية المدركة بالجس يكون مجلسها البواب او اقله الجزء البوابى من المعدة ولكون سرطان المعدة يوجد فى هذا القسم غالبا فالغالب ايضا فى اربعة اخماس جميع احوال هذا المرض وجود ورم مدرك بالجس فى القسم الشراسيفى والظاهر ان قول المعلم (هرقل) بالنسبة لوضع المعدة مؤسس على خطا وبالخصوص

ماقاله من ان طرف المعلقة الخنجرية يكون مقابلا لوسط الجدار المقدم من المعدة عند الوضع الزفيري من الحجاب الحاجز ويتضح من كتاب المشرح (لوشكا) المحتوي على الفوائد الكثيرة لكل طبيب على أن الشق العمودي في الخط المتوسط من الجسم يقسم المعدة بكيفية بحيث ان خمسة اسداس هذا العضو تكون موضوعة في الجهة اليسرى والجزء السادس في اليمنى بحيث ان الورم الشاغل للجهة اليسرى من القسم الشراسيفي يكون مجانسه الجزء البوابي في الوضع الطبيعي له وسرطان البواب لاينتج عنه ايضا ورم محسوس الامتى سقط الورم بثقله الى اسفل ولايسقط الا اذا كان غير ملتصق بما حوله ومجلس الورم اذذاك يكون قريبا من السرة والغالب ان يكون اعلاها وكونه على يمينها اكثر من كونه على يسارها واذا كان الورم ساقطا الى اسفل فمن الجائز أن يختلط بورم في المبيض وعظم الورم يختلف فيكون من قدر البيضة الى حجم قبضة اليد واذا كان عظيما جدا أمكن ان ينتج عنه احيانا بروز ظاهر في البطن والسطح الظاهر من هذا الورم يكون غالبا غير مستو ذاتحدبات في كثير من الاحوال ويكون متحركا فيمكن تزحزحه وتغير وضعه على حسب فراغ المعدة وامتلائها وفي احوال أخرى يكون غير متحرك وذلك اذا كان ملتصقا بما حوله ودرجة حساسية هذا الورم تختلف ايضا وقديشاهد بدل هذا الورم المحدود ذي التحدبات بروز مستو متفاوت الامتداد ذو مقاومة في القسم الشراسيفي وبالقرع على الورم المتكون من سرطان المعدة يسمع صوت ذلك القرع غير فارغ بالكلية وواضح الطبلية

وبالبحث الطبيعي يظهر لنا في أحوال التضايق السرطاني البوابي زيادة عن الورم تمدد في المعدة وقدشرحنا اعراضه عند الكلام على التضايق البوابي البسيط واذا كانت المعدة متضايقة وكانت الامعاء فارغة كما هي العادة شوهدت الحافة السفلى من قوس الاضلاع بارزة الى الامام والبطن على عكس ذلك منخفضا بحيث يحس بالعمود الفقري ونبضات الشريان الاورطي وقد تتنوع اعراض سرطان المعدة عقب تولدات سرطانية في غيره من الاعضاء خصوصا في الكبد وقديمتد السرطان من العقد اللينفاوية للمعدة الى العقد اللينفاوية خلف البريتون ومنها الى العقد اللينفاوية من الحجاب

المنصف الخلفي ومنها الى عقد العنق بحيث يظهر ورم صاب في العقد أعلى الترقوة يعين على تحقيق التشخيص كما شاهدت ذلك احيانا واما اعراض سرطان المعدة الهلامي فانها كثيرا ماتتنوع عقب ظهور راسة قاآت زقية في البطن

ثم ان سرطان المعدة يظهر في مدة سيره ازديادوارتقاء في جميع الاعراض المذكورة ويندر حصول فترات فيها تحسن حالة المريض بان تتناقص الآلام والقيء وتعود الشهية ثانيا لكن هذه الفترات اذا حصلت لاتطول مدتها عادة بل تثور بسرعة مكابدات المريض ثانيا وتفقد الشهية والاسهال الذي يوجد مع المريض من الابتداء يشتد جدا وتزداد النحافة ازديادا عظيما واذا كان التولد المرضي الخبيث سرطانا نخاعيا قطع سيره في عدة أشهر غالبا وأما السرطان الاسكيروسي والهلامي فقد يستمران مدة من السنين

وليس لسرطان المعدة انتهاء الا الموت فحينئذ ماقيل من انه في بعض الاحوال انتهى بالشفاء مبني على خطا في التشخيص كما ان الصفات القشريحية التي ذكر فيها مشاهدة أثر التحامية سرطانية لايعتمد عليها فانه ان شوهد حول الندبة الالتحامية تولدات سرطانية جديدة فالمرض لايكون حينئذ انطفأ بالكلية وان لم توجد هذه التولدات لايمكن التمييز بين ندبة التحامية سرطانية وندبة التحامية قرحية والموت يحصل عادة عقب ظهور النهوكة التدريجية وحيث لاينضم لذلك حمى فالنزع يمتد عادة زمنا طويلا الى قرب الانتهاء لحزن فيبقى المريض جملة أيام على قيد الحياة وفي مثل هذه الحالة يصير اللسان محمرا فيه ميل للجفاف ويتغطى بعوادجينية ومع ذلك لايندر أن يظهر عند المريض قبل الموت بزمن يسير اوذيماء ؤلمة متوترة في أحد الاطراف وهذا العرض يتعلق بانسداد في الوريد الفخذي ويدل على ان بطء الدورة أدى لحصول تعقدات دموية فيه وأقل من ذلك حصول الموت عقب تثقب المعدة وظهور اعراض التهاب بريتوني قتال بسرعة وأندر منه ذكر حصول الموت بازدياد النهوكة عقب النزيف المعدي الغزير وقد يحصل الموت عقب ظهور مضاعفات اواستحالات سرطانية تابعية تسرع في حصوله

(التشخيص)

تمييز سرطان المعدة عن نزلتها المزمنة سهل جدا فى الاحوال التى يوجد فيها ألم فى القسم الشراسيفى وقئ متكرر وخروج مادة مسودة شبيهة بدردى القهوة مختلطة بمواد القئ خصوصا التى فيها يوجد ورم فى القسم الشراسيفى وأما الاحوال المجردة عن هذه الاعراض خصوصا عن الورم الذى يعتبره الشهير (اندرال) علامة واصفة لسرطان المعدة فالتمييز فيها بين هذين المرضين عسر جدا ومن المهم فى حل هذه المسئلة سن المريض وفيما عدا ذلك يمكن التمييز بينهما بمراعاة الحالة البنيية العامة للمريض

وكذا التمييز بين سرطان المعدة والقرحة المزمنة لها تارة يكون سهلا وتارة عسر للغاية حتى ان اثنين من مشاهير الاطباء وهما (أبولسر) و(شونلين) اختلف رأيهما فى حالة مشتهرة فقال أحدهما بوجود سرطان فى المعدة والآخر بوجود قرحة فيها ومما ينبغى مراعاته فى التشخيص التمييزى هنا أمور منها سن المريض فان سرطان المعدة عند الشبان يكاد لا يوجد بالكلية ومنها مدة المرض فان طوله مدة سنين يمنع ان يكون سرطان فى المعدة ومنها قوى المريض وحالة تغذيته فانهما فى حالة قروح المعدة لا يتغيران الا قليلا وبطء وفى سرطان المعدة يكون تغيرهما سريعا وشديدا جدا ومنها صفة الآلام فان نوب الآلام المعدية العصبية الحقيقية تعلن بوجود قرحة فى المعدة أكثر من اعلانها بسرطان ومنها صفة الدم المنقذف مع القئ فان العادة فى تقرح المعدة أن تخرج كمية عظيمة من الدم واذا لا يكون متغيرا الا قليلا وفى سرطان المعدة لا تخرج الا كمية قليلة غالبا على شكل مادة مسودة كدردى القهوة ومع ذلك فقد شوهد فى بعض أحوال السرطان المعدى قئ دموى غزير كما شوهد فى بعض أحوال تقرح المعدة المزمن خروج مادة مسودة حبيبية شبيهة بدردى القهوة ومنها وجود ورم فى القسم الشراسيفى أو عدمه فالوجود يكاد يحقق وجود سرطان المعدة فان الاحوال التى ينتج فيها عن القرحة المعدية المزمنة ورم بسبب سماكة جدر المعدة وتكونات خلوية جديدة فى محيطها من النوادر العظيمة جدا كما ان عدم وجود ورم فى القسم الشراسيفى لا يلزم منه عدم وجود سرطان معدى كما نبهنا على ذلك فعلى الطبيب أن لا ينساه

ومن النادر الجزم مدة الحياة بتعيين شكل السرطان المعدى المصاب به المريض والسرطان الهلامى الذى هو أندر اشكال سرطان المعدة حصولا لا يترجح وجوده الا اذا كان المرض ذا سير بطىء للغاية وظهر فى أثنائه استسقاء زقى ويكاد يجزم بتشخيصه اذا خرج عند بزل البطن قطع سرطانية ذات تحدبات من الثرب تعرف باللمس فان لم توجد هذه العلامات فالمرض اما سرطان اسكيروسى او نخاعى لكن كلما كان سير المرض حادا وكان حجم الورم عظيما اونموه سريعا ترجح ان التولد المرضى الجديد سرطان نخاعى

(المعالجة)

حيث ان المعالجة السببية والمعالجة المؤسسة على طبيعة المرض لايتأتى هنا اتمامهما فاقتصر على المعالجة العرضية فنقول

التدبير الغذائى ينتظم على حسب القانون الذى بيناه فى معالجة النزله المعدية المزمنة فان أمكن تحمل اللبن فهو أجود غذاء للمصاب بالسرطان المعدى وان لم يمكن تحمله وجب على الطبيب ان يوصى بتعاطى الامراق المركزة وصفار البيض ونحوه من الجواهر المغذية لكن بمقدار صغير كل مرة وعلى حالة مائعة اومتجزئة تجزأ دقيقا خصوصا عند وجود تضايق فى البواب وان يوصى باستعمال مقدار قليل من النبيذ الاحمر والعادة ان المرضى تتحمله وعند كثرة التكونات الحمضية يجب استعمال القلويات الكربونية والاحسن ان تكون على شكل ماء الصودا وكثيرا مالا تقدر الجواهر المذكورة فلا يمتنع حصول التكونات الحمضية خصوصا عند وجود تضايق فى البواب فيجب فى مثل هذه الحالة استعمال الحبوب التى أوصى بها المعلم (بود) الموجود فى كل حبة منها ربع نقطة أو نصف نقطة من الكريوزوت واما استعمال الطلية المعدية فنقول فيه ماذكرناه فى المبحث الثانى وعند وجود امساك مستعصى يومر باستعمال حبوب مركبة من الصبر وخلاصة الحنظل وباستعمال المسكنات سيما المورفين لاجل مضاربة الآلام والأرق

(المبحث الثامن فى الانزفة المعدية)

(كيفية الظهور والاسباب)

الانزفة المعدية تنتج عن عدة أسباب منها تمزق اوعية هذا العضو المحتقنة

احتقاناً شديداً بدون أن يسبق ذلك تغير فى منسوجها ومن النادر أن يشتد الاحتقان التواردى الشريانى اشتداداً عظيماً يؤدى للتمزق الوعائى ولا يحصل ذلك احياناً الا عند اضطراب الحيض بقطع النظر عن الانزفة القليلة التى تشاهد فى التهاب المعدة وكون نضح بيضة الانثى وانقذافها قد لا يكون مرتبطاً باحتقان تواردى وأنزفة فى الرحم بل باحتقان تواردى فى غير الرحم من الاعضاء أمر محقق وان كان توجيهه متعذراً وأكثر من ذلك مشاهدة حصول الانزفة المعدية من احتقانات احتباسية وريدية فى غشاء المعدة المخاطى وأعظم هذه الاحتقانات الوريدية حصولاً وأشدها ما يحصل عند ما يجد الدم الوارد الى الكبد عائقاً فى سيره ولذا تحصل الانزفة المعدية من انسداد الوريد الباب بواسطة تعقدات دموية ومن الضغط الواقع على تفرعاته عقب انكماش المنسوج الخلوى لهذا العضو كما يحصل فى سيروز الكبد ومن تمدد المسالك الصفراوية عقب انسداد القناة الكبدية او الصفراوية ومن انسداد الاوعية الشعرية الكبدية بواسطة تدف بجمنتية كما فى الحميات الاجمية الخبيثة كما قاله الشهير (فريركس) ومن تلاشى الاوعية الشعرية الكبدية فى المرض المعروف بالضمور الاصفر للكبد ومن النادر أن يرتقى احتقان الغشاء المخاطى المعدى الى درجة عظيمة جداً عند ما يجد الدم عائقاً فى سيره وقت مروره فى تجويف الصدر كما يشاهد ذلك فى امراض الرئتين والبليورا والقلب والتامور ويحتمل ان هذا الاحتقان المرتقى الى الدرجة المذكورة يؤدى لحصول تمزق فى بعض الاوعية الشعرية ومع ذلك فقد شوهد احياناً فى مثل هذه الاحوال انزفة معدية ومن هذا القبيل الانزفة التى تشاهد عند بعض المولودين جديداً فانه يغلب على الظن ان هذه الانزفة تتعلق بالتمدد غير التام للرئتين وبالعائق الناتج عن ذلك المانع لسريان الدم فى الاوعية الشعرية المعدية

ومنها ان تنتج الانزفة عن تمزق فى جدر الاوعية المريضة كتمزق بعض العقد الدوالية أو انتفاخ بعض الاورام الانوريزماوية فى تجويف المعدة ونسبة النزيف الى هذه نادرة والغالب ان ينسب هذا النزيف لتغير مرضى فى جدر الاوعية وان لم يمكن رؤية ذلك لا بالنظر ولا بالميكرسكوب ومن هذا القبيل

الانزفة التى تشاهد عند الاشخاص أصحاب سوء القنية النزيفى والانزفة التى تحصل عقب الامراض الثقيلة وفى مدة سير الحمى الصفراء ونحوها من الامراض الثقيلة والانزفة التى تحصل عن رداءة المعيشة خصوصا التى تحصل عن عدم أكل اللحوم الحديثة والخضراوات والنزيف حينئذ يكون أحد ظواهر المرض المعروف بالاسكوربوط ولا يجوز فى مثل هذه الاحوال اعتبار التغير المرضى للدم سببا لاواسطيا فى النزيف المعدى بل واسطيا بمعنى ان تغير الدم ينتج عنه أولا اضطراب فى تغذية جدر الاوعية فتحصل الانزفة

ومنها ان تنتج الانزفة عن تأكل فى جدر الاوعية او غيره من اصاباتها الجرحية ومن ذلك الانزفة التى تنتج عن القرحة المعدية المزمنة او السرطان المتقرح وهذه تحصل تارة من اوعية شعرية وتارة من اوعية غليظة والانزفة التى تنتج عن انفتاح اوعية المعدة عقب تأكل جدرها بواسطة الكاوى من الجواهر او لاجسام الغريبة الحادة والانزفة التى تنتج عن تمزق بعض الاوعية عقب تأثير صدمة او ضربة على القسم الشراسيفى

(الصفات التشريحية)

كثيرا ما يحث عن ينبوع النزيف فى لانزفة المعدية ولو الغزيرة بلا فائدة فان الغشاء المخاطى يوجد أحيانا عقب هلاك المريض او بعد غسله باعتناء خاليا عن الدم كبقية الجسم وأحيانا يحصل مع ذلك نزيف شعرى فى جوهر الغشاء المخاطى فتوجد فيه لطخ مزرقة ضاربة الى الحمرة اوسود محمرة يرشح منها بالضغط اللطيف عليها دم وهذا الارتشاح الدموى القاصر على بعض الاصقاع من الغشاء المخاطى يؤدى عادة لحصول لين سطحى وسقوط الاجزاء اللينة وبهذه الكيفية تتكون انبعاجات سطحية لا تتضح الا بعد زوال ما عليها من الجزيئات الدموية المسمرة او الوسخة الملتصقة بها غالبا وهذه الانبعاجات السطحية الدامية التى سميت بالتسلخات النزيفية ذات عدد عظيم والواحد منها ذو قطر صغير وشكل مستطيل او مستدير ومجلسها فى العادة أعلى الثنيات المستطيلة التى تتكون فى الغشاء المخاطى هذا اذا كان التأكل مصيبا الاوعية غير غليظة وأما اذا كان مصيبا الاوعية غليظة بسبب قرحة

معدية مزمنة او سرطان معدى او كان النزيف آتيا من انفجار دوالى او ورم أنورزماوى فانه يمكن الوصول فى كثير من هذه الاحوال الى قصة الوعاء المصاب

ثم ان الدم المتراكم فى المعدة قد يكون جلطا متماسكة محمرة متى كان هلاك الشخص عقب النزيف حالا وكان ذا كمية غزيرة وحصل انسكابه بغتة وأما اذا كان انسكاب الدم بطيئا وبقى فى المعدة زمنا طويلا بحيث أمكن ان يؤثر فيه عصير المعدة وحمضها الحمضى فان الدم يوجد مسمرا او مسودا واذا كان النزيف قليلا فلا توجد فى المعدة الا أشرطة متفرقة مسودة وندفا ومواد حبيبية شبيهة ببدردى القهوة

(الاعراض والسير)

نزيف المعدة متى كان قليل الغزارة ولم ينقذف منه شئ بواسطة القئ يختفى غالبا مدة الحياة ولا يعرف فانه يحصل فى النزلة المعدية الحادة طبقا لمشاهدات الطبيب (بومن) نزيف قليل فى المعدة يندر جدا أن يحصل فيه قئ من مواد مخاطية مدمة كما يندر ان الانزفة الشعرية التى كثيرا ما تصحب النزلات المعدية المزمنة والسرطان والقرحة المعدية كما ثبت ذلك فى الصفات التشريحية تؤدى لحصول القئ الدموى واذا لا تعرف مدة الحياة الا بندرة وهنالك أحوال يدل فيها اختلاط الدم ولو قليلا بمواد القئ على وجود نزيف معدى مادام الطبيب محققا أن المريض لم يزدرد دما فالقئ الدموى فى مثل هذه الاحوال هو العرض الوحيد للمرض المعدى غالبا وذلك كما يشاهد كل يوم عند المرضى المصابين بسرطان فى المعدة حيث لا تحصن حالتهم ولا تتناقل عقب قئ المواد المسودة الشبيهة ببدردى القهوة

وأما اذا كان الدم المنسكب فى المعدة غزيرا فالغالب ان يسبق القئ الدموى اعراض مرضية تكون ناشئة عن امتلاء المعدة من جهة ومن فراغ الاوعية الدموية من جهة أخرى وهى احساس المرضى بضغط فى القسم الشراسيفى بحيث يحملهم ذلك الى رفع الثياب عن البطن والتضجر والتهوع وامتقاع اللون وصغر النبض وبرودة الجلد ثم ظهور شرر أمام الاعين وطنين فى الاذنين ودوار فى الرأس او وقوع فى الاغماء وقد شاهدت بعض احاصد والدته فى مثل

هـذه الحالة ظانا انها مصابة بالسكتة المخية لكن الاشخاص أقوياء البنية لا توجد عندهم ظواهر الاغماء فتكون السوابق المرضية فيهم قاصرة على الاحساس بالضغط والامتلاء فى القسم الشراسيفى

وبعد استمرار التهوع زمنا متفاوتا فى الطول مصحوبا باحساس بصعود سائل فاتر فى البلعوم غالبا او بطعم حلو أو تفه فى الفم يحصل قئ شديد يقذف به من الفم والانف مواد دموية سائلة أو متعقدة ذات لون أحمر داكن او ضارب للسواد يحصل منه للمريض فزع ورعب زائدان عن الحد وكثيرا ما يصل يسير من مواد دموية الى الحنجرة فتحرض السعال عند المريض بحيث يخرج من المريض فى اثنائه دم ايضا فيظن فيما بعد انه أصيب بنفث دموى ولا يدرى هل خروج الدم منه بواسطة القئ او السعال ثم يعقب هذا القئ الدموى خروج مواد مدممة مع البراز فان كان النزيف غزيرا خرج الدم من الاست بعد برهة قليلة والدم المندفع منه يكون اذ ذاك متكونا من مواد سود ضاربة الى الحمرة كتلية وأما اذا حصل اندفاع الدم الواصل الى المعى بعد يومين او ثلاثة من الاست فانه يوجد مستحيلا الى مادة مسودة قطرانية ومن الاحوال الاستثنائية خروج الدم المنسكب فى المعدة مع البراز بدون ظهور القئ الدموى واذا اذا حصل لمصاب بقرحة معدية مزمنة امتقاع وبهاتة فى الوجه واتضح فى زمن يسير مع ذلك اعراض تنسب الى الانزفة الباطنة وجب على الطبيب ان لا يفرط فى رؤية المواد الثفلية جملة مرار

ثم ان النزيف المعدى قد ينتج عنه فقد جملة ارطال من الدم فى زمن يسير فيعترى المرضى وان كانوا أقوياء البنية امتقاع عظيم فى اللون وبرودة فى الجسم وميل للاغماء فاذا ثقل عليهم الحال جدا اعتراهم أيضا تهوع وسدر فى الابصار ودوار عند ارادتهم الجلوس او رفع الرأس او اغماء شديد عند ارادة القيام

والاغماء وان كان عادة من الاعراض المفزعة جدا للمرضى ومن حولهم من الاقارب ذو تأثير جيد فى سير النوبة اذ به يقف النزيف وقتيا فتحصل مساعدة على تكون التعقدات او السدد الدموية والذى يظهر ان سير هذا المرض الجيد يتعلق بهذه الظاهرة غالبا مهما كان الفزع الذى يترتب على

رؤية المريض وهيئته والواقع انه لايهلك بالنزيف المعدى الاقليل من المرضى عقب الفقد الدموى أو الاختناق من وصول الدم الى الحنجرة والغالب ان يزول القىء الدموى ويمتنع الدم من البراز شيأ فشيأ والنقاهة تحصل ببطء بعد ان كانت المرضى الممتقعون بالكلية فى نهوكة عظيمة و يأس من الحياة مدة طويلة وفى أثناء النقاهة المذكورة تبقى المرضى زمنا طويلا فاقدين للشهية و يشكون بتجشىء منتن وطعم كريه جدا وحيث ان فقد الدم العظيم يستعاض ابتداء بامتصاص الماء تشاهد المرضى فى الاحوال الشديدة فى حالة مبوعة فى الدم او فى حالة استسقائية غالبا لكن هذه تزول فيما بعد ولو ببطء وتشفى المرضى شفاء تاما

وهنالك احوال فيها تهلك المرضى من غزارة الدم النازف قبل ان ينقذف من الاعلى اومن الاسفل ويتصور حصول ذلك متى سقط مريض فجأة وهلك باعراض الانزفة الباطنة وكان مصابا من قبل باعراض القرحة المعدية المزمنة او السرطان المعدى

(التشخيص)

حيث ان المريض المصاب بالنفث الدموى يعتريه مع ذلك تقايؤ والمصاب بالقىء الدموى يعتريه مع ما ذكر سعال يعسر فى كثير من الاحوال تمييز كون مرضه نزيفا معديا او رئويا او شعبيا خصوصا اذا كان الطبيب وقت الاصابة غير حاضر او كان الغرض معرفة نزيف حصل من قبل بعدة سنين والتشخيص التمييزى ينبنى هنا على أمور

منها صفات الدم المنقذف فان الدم الخارج بالقىء يكون فى غالب الاحوال داكنا مسودا كتليا مختلطا بقايا المطعومات والقرص الدموى الناتج عنه غير المحتوى على فقاقيع هوائية يكون ذا ثقل نوعى متزايد وخواص حمضية احيانا بسبب تأثير العصير المعدى فيه وأما الدم الآتى من الرئتين او الشعب فيكون بعكس ذلك أحمر ناصعا رغويا مختلطا بمواد مخاطية غير منعقد فى الابتداء ثم متى انعقد وتكون منه قرص دموى كان هذا القرص محتويا على فقاقيع هوائية ذا ثقل نوعى خفيف وخواص قلوية دائما وليعلم الطبيب مع ذلك ان الدم الذى لم يمكث فى المعدة الازمنا يسيرا بحيث لايؤثر فيه العصير

المعدى الا قليلا قد يكون أحمر قانيا كما ان الدم فى النفث الدموى كثيرا ما يكون نحو انتهاء سير المرض ذا قطع صغيرة مسودة ومنها ان القىء الدموى يسبقه فى أغلب الاحوال آلام معدية وغيرها من بقية اعراض التقرح او السرطان المعدى اوعلامات احتقان فى كافة اعضاء البطن فى الاحوال النادرة التى فيها يكون النزيف ناتجا عن احتقان احتباسى او بواردى واما النفث الدموى فيكون عكس ذلك مسبوقا باضطراب فى اعضاء التنفس والدورة غالبا ومنها ان ذا الادراك من المرضى يتيسر له الاخبار بان القىء هو الذى حصل ابتداء ثم انضم اليه السعال فيما بعد او بأن كلا من التهوع والغثيان والقىء هو الذى اعقب السعال الدموى ونتج عنه ومنها ان القرع على القسم الشراسيفى فى القىء الدموى يدل فى الغالب على امتلاء المعدة بخلاف البحث الطبيعى بالقرع على الصدر والتسمع فلا يدلان على تغير فيها واما السعال الدموى فالقرع فيه على القسم الشراسيفى لا يكسب صوتا اصم وبالتسمع على الصدر تسمع خراخر واضحة هذا اذا لم توجد غير هذه العلامة من اعراض الصدر ومنها ان القىء الدموى يعقبه فى اليوم التالى على الدوام برازات مدممة واما السعال الدموى فيعقبه عوض ذلك نفث مخاطى مدمم ثم انه لا يعرف من صفة الدم المنقذف بالقىء او البراز كونه ناشئا حقيقة من المعدة أولا وانما وصل اليها بالازدراد فينبغى فى مثل هذه الاحوال المشكوك فيها سيما القىء الدموى الذى يزعم المريض وجوده فى الصباح عند اليقظة من النوم البحث عن الانف والبلعوم بالدقة والسؤال من المريض هل كان عنده فى اليوم السابق على يوم حصول القىء الدموى رعاف أولا والبحث بالدقة عن السوابق المرضية قد يوصل الى الوقوف على الحقيقة سيما فى الاحوال التى فيها يتوقع حصول الغش والدعوى الكاذبة كما يقع من أصحاب البهتان والتحيل فان عادتهم أن يبالغوا فى وصف الاعراض التى سبقت القىء الدموى المدعى عمدا وبها ورتهم والتأمل فى اقوالهم المتنافية يمكن الوقوف على الحقيقة

واما كون المواد الخارجة بالقىء من الدم حقيقة او مما يشبهه فمعرفته سهلة غالبا وان اختلط الحال فى بعض الاحيان على بعض الاطباء فاخطأ حيث

اعتقد ان الشوربة المصنوعة من عمر البكر زدم فان الكرات الدموية يسهل معرفتها بالميكروسكوب وان كانت فى المواد المسودة الشبيهة بدردى القهوة التى فيها هذه الكرات تكون متكرشة ويندر ان يلتجأ الى البحث الكيماوى فى اثبات وجود الحديد فى المواد المسودة ومعرفة كونها ليست الادما متغيرا

ومما يسهل معرفته كون النزيف المعدى متعلقا بتأكل فى اوعية غليظة او بتمزق فى اوعية دقيقة شعرية فانه بقطع النظر عن غزارة النزيف فى الحالة الاولى دون الثانية اذا اعتبرت السوابق المرضية كفت فى الوقوف على حقيقة الامر فمتى كان النزيف المعدى مسبوقا بآلام معدية شديدة وتقايئ مزمن ونحو ذلك من علامات التقرح المعدى دل ذلك على تأكل وعاء غليظ كما هو السبب الكثير الحصول فى الانزفة المعدية واذا ظهر عند المريض قبل القئ الدموى استسقاء زقى وعظم فى حجم الطحال ونحو ذلك من علامات الاحتقان الاحتباسى فى مجموع الوريد الباب غلب على الظن ان النزيف من اوعية دقيقة شعرية صغيرة متعلقة باحتقان وريدى تقهقرى ومتى حصل النزيف فى أحوال قطع الطمث على طرز منتظم بان كان يظهر كل أربعة اسابيع تعين انه ناتج عن احتقان قوى نواردى نحو المعدة

(تنبيه) عندى من مشاهداتى ما يثبت حقيقة هذا الامر اعنى حصول الاحتقان النواردى الشريانى فى الغشاء المخاطى المعدى والقئ الدموى تبعا لذلك فى اثناء زمن الحيض وهى أن شابة جيدة النمو سنها نحو ٢٧ سنة يحصل لها فى اثناء كل حيضة قئ دموى مصحوب بآلام معدية شديدة يستمر تكرره عدة أيام ثم ينقطع بدون ان يترك ادنى اثر وفى اثناء ذلك لم يشاهد مطلقا خروج الحيض وقد تتردد نوبة القئ الدموى مع الآلام المعدية الشديدة والاغماء ونحو ذلك تارة بقوة وتارة بخفة وهذه الشابة تحت مشاهدتى من نحو احدى عشرة سنة ولم تزل تتردد هذه الظاهرة كل اربعة اسابيع تقريبا

واذا حصل النزيف المعدى مدة سير الحمى الصفراء والاسكوربوط اونحوها من امراض النهوكة تعين انه ناتج عن تغير غذائى فى جدر الاوعية

الشعرية

الشعرية

(الحكم على العاقبة)

قد ذكرنا فيما تقدم أن من النادر هلاك المريض بالنزيف المعدى وانه ينبغى الحكم بالسلامة وان كان لون المريض ممتقعا جدا واستطالت نوب اغمائه وان من المشكوك فيه كون النزيف المعدى فى احوال خاصة ذا تأثير جيد فى المرض الاصلى الناتج عنه ذلك النزيف خصوصا القرحة المعدية فان المصاب بها قد يوجد بعد زوال الفقد الدموى متمتعا بصحة اجود من صحته التى كان عليها سابقا وما ذاك الا لشدة احتراسه فى التدبير الغذائى عقب حصول الفزع وقت حصول نوبة النزيف والنزيف المعدى الناشئ عن احتقان تقهقرى قد يكون ذا تأثير وقتى فى بقية اعراض الامتلاء الدموى البطنى واما النزيف المعدى الذى يصحب الاسكوربوط او نحوه من الامراض الضعفية فهو مضاعفة غير جيدة دائما

(المعالجة)

المعالجة الواقية والسببية فى هذا المرض ترجع الى معالجة المرض الاصلى فمتى وجد عند المريض المصاب بسيروز الكبد او نحوه من اضطرابات الدورة اعراض سابقة تنذر بحصول نزيف معدى ساغ ارسال العلق على الاست مع النجاح كما يسوغ ارسال العلق على فم الرحم زمنا فزمنا عند النساء المصابات بانقطاع الطمث ونزيف معدى دورى

واما معالجة المرض نفسه فتستدعى فى الاحوال التى يكون فيها النزيف المعدى متعلقا بتمزق فى الاوعية الدقيقة الشعرية استعمال وسايط لطيفة دون الاحوال التى فيها يكون هذا النزيف متعلقا بتأكل فى اوعية غليظة وقد اوصى الطبيب (باكش) فى هذه الحالة الاخيرة بالفصد حال ابتداء النزيف لكن هذه الطريقة قليلة النجاح واذا لم تنجح زادت المرضى خطرا فالمختار استعمال محجم الطبيب (يوند) لكن لا يستعمل الا اذا كان النزيف لا ينتج عنه اغماء فان كان ينتج عنه ذلك فاستعمال هذا المحجم الجاذب للدم خطر اذ هو كاف فى حدوث الاغماء وحده ولو عند أقوياء البنية واقوى الوسايط فى النزيف المعدى استعمال البرودة فيؤمر المريض بتعاطى كمية قليلة من

الماء البارد او الجليدى زمنا فزمنا او يعطى له قطعة صغيرة من الجليد يحلبها ويزدردها ثم تغطية القسم الشراسيفى بكمدات باردة او جليدية تغير بسرعة والجواهر المعدنة لايقاف النزيف لاتحصل دائما بل كثيرا ما يتقايأها المريض واكثر ما يستعمل من ذلك الجرعة الحمضية الكبريتية او محلول الشب خصوصا المصنوع على شكل مصل اللبن الذى يقال له مصل اللبن الشبى وينبغى ان لايعطى من هذه الادوية الامقدار صغير فى كل مرة مع وضعه فى الجليد واما خلات الرصاص وكبريتات الحديد والارجوتين فلا حاجة لها

واما المعالجة العرضية فتستدعى ملاحظة الاغماء فينبغى وضع المريض وضعا أفقيا فى الفراش ويمنع من التوجه الى المرحاض وعند التبرز توضع له القصارى فان حصل مع ذلك اغماء وجب تنشيقه بماء الملكة او روح النوشادر ويرش على وجهه الماء البارد وينبغى الاحتراس فى استعمال المنعشات واجودها استعمال نبيذ الشمبانيا البارد لانه لايوقظ حركة القىء كبقية المنعشات واتعب الاعراض للمريض الميل الدائم للقىء الذى يصحب نوب الاغماء او الذى ينتج عن الدم المحتوى عليه المعدة وينبغى فى مضاربته الاحتراس من استعمال المخدرات والاجود استعمالا الان توضع اللبخ الخردلية على قسم المعدة وتعطى المسحوقات الغازية محلولة فى الماء ملعقة ملعقة وقد حصل الايصاء باستعمال الحقن والمسهلات الخفيفة المرطبة ترطيبا عاما فى هذا المرض من منذ أن نص الشهير (فرنك) على وجوب استعمالها حيث قال انه ينبغى استعمال الملينات فى النزيف المعدى خوفا من ان النزيف المحتبس فى الامعاء ينتج عنه حميات عفنة لكن قد دلت التجارب على ان المسهلات ولو حقنا مضرة فى الايام الاول من حصول النزيف المعدى

(المبحث التاسع)
(فى التشنج المعدى او الالم المعدى العصبى)
(كيفية الظهور والاسباب)

الالم المعدى العصبى عبارة عن آفة معدية مؤلمة غير متعلقة بتغير جوهرى

مدرك في المعدة وقد قسمه الشهير (رومبرغ) الى شكلين احدهما ناتج عن ثوران في حساسية العصب المتحير والآخر ناتج عن ثوران في حساسية الضفيرة الشمسية ويسمى الاول بالالم العصبي المعدي فقط والثاني بالالم العصبي البطني لكن هذا التقسيم غير مجد في الطب العملي اذ لا يتيسر معرفة كون الباف العصب المتحير او الضفيرة الشمسية محلا للالم وقال الطبيب (هينوك) ان هذا التقسيم وان امكن عقلا لا يتيسر تحقيقه في الطب العملي

ثم ان الالم العصبي المعدي كثيرا ما يشاهد كغيره من الآلام العصبية عند الاشخاص الانيميا وبين اي قليلي الدم ومتى زالت الانيميا بواسطة الاستحضارات الحديدية عند الشابات المصابات بالخلوروز اللاتي يكون عندهن نوب الآلام المعدية العصبية المتفاوتة الشدة من الظواهر الملازمة لهذه الحالة زالت ايضا الآلام المعدية العصبية ولو مع بقاء انقطاع الطمث ومتى عاد الخلوروز لكونه كثير النكسات ترددت نوب الآلام المعدية العصبية ايضا وهذا اقوى دليل على ان نوب الآلام العصبية متعلقة فقط بالانيميا الدموية وليست كالآلام العصبية الاستيرية المتعلقة بعرض اعضاء التناسل ومن قبيل الآلام المعدية العصبية الناتجة عن الانيميا الآلام المعدية العصبية التي لا تندر مشاهدتها عند المصابين بالسل الرئوي والناقهين والمنهوكين من جلد عميرة (الاستمناء بالكف)

وكثيرا ما تنتج الآلام المعدية العصبية عن امراض الرحم كتحول هذا العضو وانحنائه والتهاباته المزمنة وقروح عنقه الزلية والجرابية اوعن امراض المبيضين فان هذه الآلام المعدية العصبية من الاعراض الكثيرة الحصول في الاستيريا الرحمية وارتباط المرض الذي نحن بصدده اي التشنج المعدي بامراض اعضاء التناسل الانثوية يكثر وضوحه في الاحوال التي فيها لا تحصل النوب الامدة الطمث او اقله ثم ازداد مدته ازديادا اعظميا جدا وقد شاهدت امرأة كانت مصابة بانقطاع الطمث وانقلاب الرحم الى الخلف مع تقرحات زلية في عنق هذا العضو فكانت نوب الآلام المعدية العصبية تتردد عندها مع الانتظام كل اربعة اسابيع وتستمر النوبة مدة ثلاثة ايام وما كانت تحصل

فى زمن الفترات الا عند ارسال العلق على عنق الرحم
وقد تكون الآلام المعدية العصبية متعلقة بامراض فى النخاع الشوكى او الدماغ ويظهر أن التغيرات المادية للعصب المتحير او العظيم السمباتوى كانتفاخ عقدها او الاورام الضاغطة عليهما ينتج عنها آلام عصبية معدية قياسا على مايحصل فى غيرها من الآلام العصبية غير المعدية وان لم يمكن اثبات ذلك على الدوام بالمشاهدات التشريحية الدقيقة
وقد تتعلق الآلام المعدية العصبية بالديسكرازيات المختلفة اى سوء القنية المختلف اذ من الجائز ان تسمم الدم بالتصعدات الآجمية يحدث نوب آلام معدية عصبية بدل ان يحدث نوب حمى متقطعة كما انها قد تتعلق بالاصابات النقرسية نبه على ذلك مع التأكيد الشهير (رومبرغ) فانه اعتراه نوب شديدة من هذا المرض عند حصول اول نوبة نقرسية
وقد لا يمكن معرفة السبب الاصلى للآلام المعدية العصبية الممتدة جملة سنين لا مدة الحياة ولا بعد الموت فى الصفة التشريحية
ومن جملة الآلام المعدية العصبية نوب آلام المعدية التى تنتج بكثرة عن بعض متحصلات المعدة بدون تغير مادى فى منسوجها وهذه ينطبق عليها التعريف الذى ذكرناه ومن هذا القبيل نوب الآلام المعدية العصبية التى تنتج من ازدياد فى التكونات الحمضية للمعدة ومن وصول الديدان الاسطوانية اليها ومن تعاطى بعض الجواهر الدوائية ومن شرب الماء البارد دفعة احيانا ونحو ذلك من الاسباب

(الاعراض والسير)

الالم المعدى العصبى يتميز كبقية الآلام العصبية عن غيره من الامراض بسيره الدورى بمعنى ان يعقب الفترات التى بين نوب الآلام نوب شديدة بالغة الغاية قد تكون منتظمة الطرز بمعنى انها تحصل فى ساعات معينة من النهار او فى كل يومين او ثلاثة وقد وصف الشهير (رومبرغ) نوبة الالم المعدى العصبى بكيفية مختصرة فقال ان المريض يصاب بغتة او بعد ان يحس بضغط فى القسم الشراسيفى بألم شديد ممزق فى حفرة المعدة يمتد عادة نحو الظهر ويصطحب باحساس باغماء وتألم فى السحنة وبرودة فى الاطراف وبنبض صغير متقطع

ثم يرتقى هذا الالم فى الشدة ارتقاء عظيما بحيث تصرخ منه المرضى وقسم المعدة تارة يكون منتفخا انتفاخا متوترا كرويا وتارة وهو الغالب يكون منقبضا مع توتر فى جدر البطن وكثيرا ما يحس حينئذ بنبضات شريانية فى القسم الشراسيفى والمريض يتحمل الضغط على قسم المعدة بل قد يسند قسم المعدة بقوة الى جسم صلب أو يضغط عليه بيديه وقد توجد بكثرة فى أثناء هذه النوب احساسات مؤلمة فى تجويف الصدر او أسفل القص او فى الفروع البلعومية للعصب المحير وأما وجود احساسات مؤلمة فى الظاهر فنادر

ثم ان النوبة تمتد من دقائق الى نصف ساعة ثم يأخذ الالم فى التناقص تدريجا ويخالفه انحطاط عظيم فى قوى المريض وقد يزول دفعة عقب تجشى غازى اوقلس اوقىء او عرق خفيف او بول محمر

وقد يشاهد خلاف هذه النوب الثقيلة من الالم المعدى العصبى بكثرة نوب خفيفة من آلام معدية عصبية مغايرة لهذه متفاوتة الشدة ومتعاقبة كذلك بفترات خالية عن الالم لا تزداد بالضغط من الظاهر ولا بادخال المطعومات بل تتناقص بذلك وتكون ايضا مصحوبة باحساسات مؤلمة فى الصدر والظهر وحركات انعكاسية فى عضلات البطن ونحوها وهذه النوب لقلة ثقلها لا يوجد فيها احساس بالاغماء ولا تهديد بفقد الحياة وقد سماها الشهير (رومبرغ) بآلام العصب المحير تمييزا لها عن الآلام العصبية المعدية للضفيرة الشمسية

(التشخيص)

صفة الالم وحدها لا يعتمد عليها فى التمييز بين نوب الآلام المعدية التى تصحب القرحة المعدية والنوبة التى تطرأ فى الآلام المعدية العصبية لاعصاب المعدة فانا نشاهد فى الاولى امتداد الالم وتشعبه نحو الظهر والصدر وانحطاطه عقب التجشى او القىء او القلس وتأثيره الجودى على سائر وظائف جسم المريض كما نشاهد ذلك فى الثانية ومن المهم فى التمييز بين هاتين الحالتين أن تراعى أمور

منها ان الآلام التى تظهر فى القرحة المعدية تزداد غالبا عقب الضغط من

الظاهر او عقب ادخال المطعومات عكس ما يحصل فى الآلام المعدية العصبية فان كلا من الضغط من الظاهر وادخال المطعومات ينتج عنه تلطيف فيها فى الغالب ومنها انه يوجد فى القرحة المعدية المزمنة مدة الفترة ظواهر فساد الهضم ونحوها من علامات اضطراب هذه الوظيفة وأما الآلام المعدية العصبية فلا توجد فيها هذه الظواهر وعلى هذا لا تضطرب التغذية العامة فيها الا قليلا بل قد توجد المرضى فى صحة جيدة واضحة ما لم يكن سبب الآلام المعدية العصبية الانيميا ومنها ما يرجح ان المريض ذو طبيعة عصبية وجود انقطاع الطمث او النزيف الرحمى او عدم العلوق او نحوها من الاعراض التى تدل على مرض فى اعضاء التناسل او وجود الخلوروز الواضح الا انه لا يعتمد على ذلك كل الاعتماد حيث ان المصاب بمرض من هذه الامراض كثيرا ما توجد عنده القرحة المعدية ايضا ومنها ان وجود أمراض عصبية فى أعضاء غير المعدة يرجح أن نوب الآلام المعدية من طبيعة عصبية ومنها ان التشنج المعدى قد يحدث بدون اسباب معلومة ويطرأ غالبا عند فراغ المعدة وأما نوب الآلام المعدية فى القرحة المعدية فحصولها يكون غالبا عقب الاكل

(الحكم على العاقبة)

الآلام المعدية العصبية المتعلقة بالانيميا جيدة العاقبة ما لم تكن الانيميا ناتجة عن سرطان اودرن او نحوه من الامراض الثقيلة العضالية والآلام المعدية العصبية المتعلقة بامراض الرحم تزول عقب زوال المرض الاصلى عادة ان كان للصناعة حيلة فى الوصول اليه ومعالجته وكذا الآلام المعدية العصبية الناشئة عن مؤثرات اجمية والمرتبطة بالتهابات مفصلية عاقبتها جيدة أيضا وأما الآلام المعدية العصبية المتعلقة بأمراض فى الدماغ او النخاع والتى أسبابها مجهولة فمعالجتها تكاد لا تثمر أبدا

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعى عند الاشخاص الانيمياويين والخلوروزيات المبادرة باستعمال المركبات الحديدية مع الاقدام ومن الخطا البين والاعتقاد الفاسد فى معالجة الخلوروز تأخير استعمال المركبات الحديدية الى أن تصير

المعدة قوية على تحملها أى الى أن تزول ظواهر فساد الهضم ونوب الآلام المعدية العصبية فان ظواهر اضطراب الهضم والآلام المعدية العصبية لا تزول بسرعة الاعقب استعمال الجوهر الدوائى المصلح تركيب الدم وصفاته ى الحديد اوم كباته ومن الناجح فى مثل هذه الاحوال المياه المعدنية الحديدية كالمعالجة فى حمام بيرمونت ودرمبرغ وكودووا وأجود المركبات الحديدية كربونات الحديد السكرى وأجود تركيب فى ذلك حبوب باود (والمراجع تركيبها فى معالجة الخلوروز) وأما الآلام المعدية العصبية لا يستتبرية تستدعى معالجتها السببية ارسال العلق على عنق الرحم او كى لقروح الموجودة فيه بالحجر الجهنمى اونحوذلك مما سنذكره فى امراض هذا العضو من الوسايط العلاجية فانها ناجحة للغاية فى مثل هذه الاحوال

واما لآلام المعدية العصبية الناتجة عن التسممات الاجية وعن النقرس فتستدعى معالجتها السببية كذلك معالجة المرض الاصلى

واما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال المخدرات وافضلها املاح المورفين فهى افضل من خلاصة البنج والبلادونا الممدوحين ايضا فى هذا المرض والعادة ان ينضم الى استعمال هذه الجواهر استعمال الجواهر المضادة للتشنج سيما الوالريانا اى حشيشة الهر والحلتيت والكستوريوم اى المنتر وقد اوصى المتأخرون باستعمال مركب مصنوع من صبغة الجوز المقيئ وصبغة الكستوريوم اجزاء متساوية فيعطى منه مدة النوبة مقدار اثنتى عشرة نقطة كما اوصى ايضا باستعمال وسايط دوائية معدنية كنترات البزموت ونترات الفضة وايدروسيانات الزنك لكن حيث ان هذه لا تستعمل وحدها بل منضمة الى المخدرات يكون تأثيرها الجيد مشكوكا فيه وقد اوصى الشهير (رومبرغ) لاجل مساعدة معالجة هذا المرض بتغطية قسم المعدة بلصقة من البلادونا أومن (الجلبانوم) اى الصمغ الراتنجى اويدلك هذا القسم بمخلوط مركب من اوقية من مخلوط زيتى بلسمى ودرهمين من صبغة الافيون

(تنبيه) قد شاهدت حصول الثمرة العظمى فى ايقاف نوب التشنج المعدى من استعمال محلول املاح المورفين حقنا تحت الجلد فانى وجدته فى تسكين

الآلام المعدية اقوى واسرع من استعمال هذا الجوهر الدوائى من الباطن
كما انه يستعمل بنجاح فى هذا المرض المورفين ممزوجا بالمانيزيا المكلسة
والبزموت على هيئة سفوف وايضا قد مدح فى هذا العصر الاخير برمور
البوتاسيوم بمقدار جرام منه او جرامين كل يوم وعند اصطحاب هذا المرض
بالاغماء المعروف بالدوار المعدى ينبغى ان تستعمل الجواهر الدوائية المرة
كخشب المر ونحوه والمياه القلوية

(المبحث العاشر)

(فى الديسبيسيا)

الديسبيسيا كلمة يونانية مركبة من دس وبيسيا اى سوء الهضم او فساده
وطالما ذكرنا فى المباحث السابقة ظواهر سوء الهضم اى ظواهر اضطراب
الهضم لكن عقدنا هنا مبحثا مخصوصا وليس الغرض منه الا التكلم على
اضطراب الهضم الذى يحصل بدون تغيرات مادية مدركة فى منسوج المعدة
واشكال سوء الهضم المختلفة يمكن تقسيمها الى قسمين

الاول ان يكون ناتجا عن تغير غير طبيعى فى خواص العصير المعدى

والثانى ان يكون ناتجا عن ضعف فى حركات المعدة يقتضى ان المطعومات
لا تختلط بالعصير المعدى اختلاطا كافيا وحيث ان الاعصاب ليس لها تأثير
فى الهضم لانه ظاهرة كيماوية محضة سوى كونها تنوع افراز العصير
المعدى او حركات هذا العضو فلا نتكلم على سوء الهضم العصبى الا من هذه
الحيثية فنقول التغير غير الطبيعى فى خواص العصير المعدى اما أن ينتج عن
تغير فى صفات هذا العصير واما عن تغير فى كميته فأما تغير الصفات فلا نعلم منه
الا اليسير جدا كالتغير الناشئ عن عدم تناسب بعض اجزائه الطبيعية مع
البعض الآخر كتناقص حمض العصير المعدى بالنسبة لغيره من اجزاء هذا
العصير فانه يضعف خاصية اذابته للعناصر الاولية من الجواهر الغذائية
وكاختلاطه بجواهر غريبة كما ثبت ذلك عند حصول التسمم الاولى فان
ذلك العصير وجد مختلطا بالبولينا عند احتباس البول وكتغير هذا العصير
باسباب مختلفة بفقد بعض اجزائه وتعويضها باجزاء اخرى

والاعراض التى تنشأ عن تغير فى صفات العصير المعدى مجهولة لنا بالكلية

كانت الوسايط التى يعالج بها فى الاحوال المذكورة غير معروفة لنا ايضا
واما تغيرات العصير المعدى بالنسبة لكميته فهى تناقص تكون العصير
المعدى اوقلة تركزه والاحوال المرضية الناشئة عنهما تسمى خطأ بسوء
الهضم الضعفى وقد ذكرنا فى الكلام على اسباب النزلة المعدية ان تناقص
افراز العصير المعدى اوقلة تركزه اى رقته يوجدان عند الاشخاص القليلى
الدم اى الانيمياويين والشابات المصابات بالخلوروزو بينا هنالك ان هذا
التغير غير الطبيعى يزيد فى الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية بسبب سهولة
فساد المطعومات وتحللها وان متحصلاتها تحدث تهيجا شديدا فى الغشاء
المخاطى المعدى ونذكر هنا زيادة على ما سبق أنه لا يحصل مرض فى الغشاء
المخاطى المعدى فى جميع الاحوال التى فيها يعترى المطعومات فساد وتحلل
وانه ينبغى تمييز الاحوال التى فيها يبقى الغشاء المذكور سليما عن الاحوال
التى فيها يصير ذلك الغشاء مريضا والواقع أن الاعراض التى تنتج عن تناقص
افراز العصير المعدى ذات مشابهة عظيمة للاعراض التى تشاهد فى النزلة
المعدية بل والقرحة المعدية المزمنة اذ فى هذا الشكل من سوء الهضم تكون
الشهية متناقصة او يعقب تعاطى القليل من المطعومات احساس بالشبع
وفيه ايضا يحصل انتفاخ فى القسم الشراسيفى عقب الاكل فيعقب كل ذلك
تجشؤ وغازات اوقلس من غازات اوسوائل حمضية زنخة والمرضى تتشكى
بقراقر فى البطن وتكون فى حالة كآبة وضجر وبقطع النظر عن الآلام
العصبية الفؤادية التى تشاهد عند الانيمياويين والخلوروزيات يمكن ان
يحصل من ازدياد تكون الحمض فى العصير المعدى آلام تقلصية فى القسم
المعدى (فقد شاهد المعلم فريركس فى المواد المنقذفة بالقىء عند الخلوروزيات
كمية من حمض اللبنيك ومقدارا عظيما من فطر التخمر) وفى مثل هذه الاحوال
يقع الاشتباه فيظن أن المريض مصاب بقرحة معدية مزمنة واعلم ان
تشخيص شكل سوء الهضم الذى نحن بصدده مؤسس على معرفة الاسباب
فمتى اتضحت العلامات المذكورة فى الشابات المصابات بالخلوروزوهن
فى زمن النمو أو عند الاشخاص المنهوكين من الافراط فى الشهوات سيما جلد
عميرة اومن الحزن المستطيل او المجهودات الشاقة او السهر الكثير او زمن

النقاهة من امراض ثقيلة مستطيلة وامكن اثبات وجود اضطراب التغذية قبل اضطراب الهضم دل ذلك على وجود سوء الهضم الضعفى لا على تغير مادى فى المعدة ويعتمد فى التشخيص ايضا على هيئة اللسان فانه فى النزلة المعدية يكاد يكون دائما متغطيا ومعه علامات النزلة الفمية بخلاف هيئته فى احوال سوء الهضم المذكور عند الاشخاص الانيمياويين فانه يكون نظيفا وطعم الفم غير متغير والنفس غير كريه الرائحة ويمكن فى كثير من الاحوال معرفة التشخيص بأن الجواهر المهيجة والمتبلة بالافاويه التى تزيد فى مكابدة المريض المصاب بالنزلة المعدية المزمنة او بقرحة معدية يتحملها المريض اذا كان مصابا بسوء الهضم الضعفى ويحصل له تحسين عظيم فى الظواهر المصاحبة لهذا المرض

ويحصل زيادة عن ذلك فى سوء الهضم الناشئ عن الانيميا والابدريميا نجاح عظيم جدا من تحسين التغذية واعطاء المركبات الحديدية واستعمال الحمامات البحرية مع أن هذه الجواهر ليس لها الا تأثير قليل جدا فى سير النزلة المعدية المزمنة وا قرحة المعدية وفى بعض احوال من هذا القبيل سيما التى فيها يكون سوء الهضم مرتبطا بتهيج عظيم وزيادة حساسية فى المعدة يحصل نجاح عظيم من استعمال الادوية النباتية المرة المقوية لاسيما الخشب المر وحشيشة الدينار ومن المنبهم علينا تأثير هذه الجواهر فى الغشاء المخاطى المعدى وكذا تأثيرها الجيد فى احوال سوء الهضم فان هذه الجواهر الدوائية وان كان لها تأثير مهيج فى اعصاب الذوق الا انها لا تأثير لها اصلا عند وضعها على باقى الاغشية المخاطية من الجسم والجلد الظاهر ويستعمل الخشب المر منقوعا باردا بالتعطين وذلك ان يوضع من هذا الخشب بعد تجزئته جيدا قدر ملعقة وقت المساء فى كوبة ماء ويترك منقوعا فيه مدة الليل ثم يشرب صباحا على الريق بعد تصفيته او يشرب الماء الموضوع فى كوبة مصنوعة من الخشب المر بعد تركه فيها مدة من الزمن حتى يتحمل بخواص هذا الجوهر الدوائى المر واما حشيشة الدينار فالغالب استعمالها على شكل البوزة البافيرية نسبة لبلاد البافيرا المستعملة بكثرة بشرط ان يكون اخذها من معمل بوزة جيد بحيث لا يوضع بدلها جواهر اخرى مضرة عوضا عنها وقد

شاهدت منفعة عظيمة فى سوء الهضم ذى الشكل التهيجى من استعمال خلاصة الشعير النابت بل واحيانا كان هذا الجوهر الدوائى الغذائى هو الوحيد الذى كانت تتحمله المعدة ومن الجائز ان الجوز المقئ الممدوح ايضا فى مثل هذه الاحوال يؤثر جيدا بسبب مرارته والمستعمل منه فى احوال سوء الهضم خلاصته المائية من نصف قمحة الى قمحة فى كل مرة وكذا خلاصته الكؤلية من ربع قمحة الى نصف قمحة وصبغته من عشر نقط الى اثنتى عشرة نقطة

وقد شوهد ايضا التناقص فى افراز العصير المعدى والاعراض التابعة له عند الاشخاص الذين ضعفت عندهم حساسية الغشاء المخاطى المعدى لاعتيادهم على مهيجات قوية متى تغيرت معيشتهم وتناولوا أغذية غير متبلة بالافاويه تتبيلا قويا ولا يصح انكار تعود الاعضاء على المهيجات الشديدة ولو ان توجيه ذلك عسر نعم يمكن تشبيه الغشاء المخاطى المعدى فى الاشخاص المعتادين على تعاطى كمية عظيمة من الفلفل او الخردل او ما ماثل ذلك من الافاويه القوية بالغشاء المخاطى الانفى لمعتاد النشوق فان قاطبه ولو قليلا لمن لم يعتده يورث عنده حركات عطاس انعكاسية قوية دون من اعتاده فانه يحصل له ذلك وان ملأ انفه منه وهكذا افراز العصير المعدى ينبغى اعتباره ظاهرة انعكاسية ناتجة عن التهيج الذى تحدثه المطعومات فى الغشاء المخاطى المعدى فعند الاشخاص الذين نحن بصددهم لا يكفى التهيج الذى تحدثه المطعومات الاعتيادية فى الغشاء المخاطى المعدى فى افراز كمية وافرة كافية من العصير المعدى فيبقى جزء من المطعومات غير منهضم فيفسد وحينئذ تشاهد جميع الاعراض التى شرحناها آنفا فاذا دخلت المطعومات مع كمية عظيمة من الافاويه حصل للمريض من ذلك راحة عظيمة فتقوى تغذيته وحينئذ لا يجوز لنا الحكم بأن المريض مصاب بنزلة معدية او غيرها من تغيرات هذا العضو المادية الا اذا حصلت اعراض اخرى تدل على ان المعدة لم تتحمل تكرر هذه المهيجات بدون ضرر وينبغى الاحتراس الزائد فى معالجة مثل هؤلاء الاشخاص فلا يسمح لهم بالاستمرار على عوائدهم المضرة لكن لا يمنعون عنها الا بالتدريج فان لم تتملك بها تين القاعدتين تكون عند

المرضى بسهولة نزلات معدية ونحوها من امراض المعدة
والجواهر المعدية الممدوحة بكثرة فى هذا الشكل من سوء الهضم المسمى ايضا بسوء الهضم الضعفى هى الراوند ويعطى اما مسحوقا اوحبوبا او صبغة مائية خصوصا النبيذية والاولى تعطى ملعقة فملعقة والثانية تعطى من ٢٠ نقطة الى ٣٠ وكذا عرق الذهب الذى مدحه اطباء الانكليز بكثرة فى هذا الشكل ايضا فيعطى منه من ربع قمحة الى نصف قمحة كل مرة وكذا الجواهر الدوائية المرة المحتوية على زيوت طيارة واكثرها استعمالا او رغبة هو اكسير قشر النارنج المركب من ثلاثين نقطة الى اربعين
ثم انه يظهر أن سوء الهضم المشاهد عند الشيوخ ناشئ ايضا عن تناقص فى افراز العصير المعدى اما لقلة العناصر الضرورية لتكونه او لنقص قابلية التنبيه العصبى للاعصاب المعدية عندهم بحيث تضعف حركات المعدة ومن العسر جدا معرفة درجة اشتراك ضعف تغذيته الطبقة العضلية للمعدة وضعف حركاتها فى فساد الهضم فى هذا الشكل والشكل السابق ويكفى التنبيه على ان ضعف حركات المعدة الناتج عن ضعف تغذيها يؤدى لحصول سوء الهضم بسبب عدم امتزاج المطعومات بالعصير المعدى امتزاجا كافيا واما اذا ازداد افراز العصير ازديادا غير طبيعى فلا ينشأ عنه فى الواقع فساد فى الهضم لكننا مع ذلك نذكر الاعراض التى تنتج عن غزارة الافراز المذكور فى المعدة وهى فارغة فنقول من المشاهد أنه يحصل تقايؤ من تهيجات لا تصيب الغشاء المخاطى المعدى بل غيره من الاعضاء المجاورة للمعدة سيما الحالبين والقنوات الصفراوية والرحم وينسب ذلك عادة لحركات انعكاسية والاجود أن ينسب ذلك كما قاله الطبيب (بود) الى فوران انعكاسى فى فعل الاعصاب المنوطة بافراز العصير المعدى وقد اثبت (اسبلنسانى) فى نفسه ان تهيج الحلق بواسطة الدغدغة ينتج عنه قئ ولو مع فراغ المعدة من مواد سائلة حمضية فيها كفاية لحل اللحوم اى هضمها وهذا يدل على ان تهيج الحلق تهيجا ميخانيكيا ينتج عنه افراز من عصير معدى ولو مع فراغ المعدة وقد ذكر الطبيب (بود) ايضا انه يشاهد فى أحوال الاختناق الحصيات الصفراوية والبولية قئ من مواد كثيرة الحمضية وان كانت المعدة خالية قبل ذلك من المواد الغذائية وان الحمض المحتوى

عليه هذه المواد هو حمض الكلورايدريك وهذا الامر هو وحصول التلطيف السريع فى اعراض المعدة بواسطة اعطاء القلويات يدل غالبا على ان بعض الآلام وكذا القئ كلاهما ناتج عن تهيج الغشاء المخاطى المعدى بواسطة العصير المعدى المنصب فيها وهى فارغة ولذا اوصى هذا الطبيب باستعمال القلويات الكربونية بمقدار عظيم فى أحوال المغص الناتج عن الحصيات الصفراوية والبولية (بان يعطى منها قدر درهمين على ستة اواق من الماء الفاتر)

ويوجد عدد عظيم من الاطباء سيما فى انكلتره وفرانسا يقولون ان وجود حمض الاكساليك فى الدم ينتج عنه نوع مخصوص من سوء الهضم مع ظواهر مرضية أخرى وان سوء الهضم لايشفى الابشفاء سوء القنية الناشئ عن حمض الاكساليك وحيث اتبع رأى هذا القائل بوجود سوء قنية ناشئ عن حمض اكسالى ونوع من سوء الهضم المتعلق به من بعض الاطباء فى بلادنا وصار رفضه بأدلة قوية من آخرين من الاطباء فعلينا أن نبدى رأينا فى هذه المسئلة التى هى الى الآن لم تفصل بعبارة مختصرة فنقول

كثيرا مايوجد فى البول أثرمن اكسالات الجير عند السليمين بحيث ان هذا الملح يعتبر مكونا نوع استحالة بين العناصر الطبيعية من البول وغير الطبيعية

وقد توجد كمية عظيمة من هذا الملح فى البول متى تعاطى الاشخاص جواهر محتوية على املاح اكسالية بكثرة سيما بعض الخضراوات كالحميض ونحوه وبالجملة قد يظهر فى البول هذا الملح بكمية عظيمة ظهورا وقتيا عقب تعاطى مشروبات محتوية على حمض الكربون كالشمبانيا وماء سلترس وماء الصودا ونحو ذلك وفى جميع هذه الاحوال لايحصل اضطراب فى الهضم ولا اضطراب بنيى

وينعكس ذلك فى الاحوال التى يوجد فيها كمية عظيمة من اكسالات الكلس فى البول مدة طويلة من الزمن فانه يكاد يوجد على الدوام فى مثل هذه الاحوال ظواهر مرضية أخرى وعند بعض المرضى يوجد زيادة عن اكسالات الكلس فى البول كمية عظيمة من الحيوانات المنوية ومن المواد

المخاطية وذلك يدل تقريبا على ان اكسالات الجير لا يفرز فى مثل هذه الاحوال بواسطة الكليتين من الدم بل يتكون فى البول فى أثناء مكثه فى المثانة فانه من منذ ما أثبت كل من المعلم جلوا وهوب سيلير انه لا يندر أن يحصل عظم فى حجم بلورات اكسالات الكلس (ذات الشكل ذى الثمانية أسطحة المسمى بشكل مظروف الجوابات) عند مكث البول زمنا طويلا فلا شك أن هذا الملح يتكون فى البول بعد افرازه عقب انحلال المادة المخاطية غالبا فلذا ينبغى رفض القول بان هذا الملح غير القابل للذوبان المتكون فى القنوات البولية ذو تأثير مضر على المعدة وباقى أعضاء الجسم فان الظواهر المرضية المصاحبة لتكونه فى البول وهى الاضطرابات البنية العمومية وحالة الكآبة المالنخوليه وامتقاع اللون ونحوها يمكن توجيهها بسهولة بالسيلان المنوى والحالة النزلية فى المسالك البولية وبالجملة يوجد عدد عظيم من الاحوال فيها لايمكن نسبة تكون اكسالات الجير الى انحلال البول المنفرز وفساده بل فيها نلتجئ الى القول بنسبة ظهور هذا الملح فى البول الى ازدياد تكونه فى الدم اى الى سوء قنية اكسالية فان قيل ماهى الامور المتعلق بها تكون هذا الملح فى الدم بكمية عظيمة وظهورها فى الافرازات المنفذة من الجسم التى لا توجد فيها فى الحالة الطبيعية الا آثار قليلة يقال ان المسئلة لم تحل الى الآن لكن من المعلوم ان تكون هذا الملح فى البول بكمية عظيمة يشاهد بكثرة فى انكلترا التى فيها يتغذى الانسان باغذية جيدة ويشرب مشروبات قوية زيادة عن المانيا وان وجد فى المانيا لابد وأن يكون عند الاشخاص ذوى الثروة المفرطين فى تعاطى المطعومات الجيدة القوية وكذا المشروبات ومهما كانت قلة ميلنا للنظريات الفسيولوجية الكيماوية فلا بد وأن نعترف انه من القريب للعقل القول بان بين سوء القنية الاكسالى والبول الاكسالى ارتباطا سببيا وانهما ناشئان عن تعاطى كمية عظيمة من الجواهر المغذية زيادة عن احتياج الجسم ولنضرب صفحا فى أحوال عدم التناسب عن كون متحصلات الاحتراق متعاقبة بدرجة تاكسد ضعيفة وعن كون ظهورها فى افرازات الجسم على هيئة الملح الاكسالى او البولى متعلقا بامور أخرى منبهمة علينا

والذى أراه ان الاشخاص المكتسبين لسمن عظيم بسبب الافراط فى الماكل والمشارب يبقون حافظين لصحتهم أكثر من الذين لا يكتسبون سمنا ولو كانوا متمتعين بهذه المثابة ولاسيما أكثر من الذين يتناقص سمنهم مع التمادى على المعيشة المذكورة فان الاولين لا يشتكون غالبا الا بدرجة خفيفة من عدم الراحة الناتجة عن تثاقل جسمهم واما الآخرون فانهم يشتكون غالبا باضطرابات مختلفة تنسبها الاطباء تارة الى احتقانات احتباسية فى الاوردة البوابية وتارة الى البواسير وطورا الى حالة مرضية نقرسية روماتيزمية اونزلية وهذه المشاهدة تقرب من العقل ان متحصلات التبادل العنصرى يعتريها تغيرات فى كثير من الاحوال عند وجود عدم التناسب المذكور بين تعاطى الجواهر الغذائية واحتياج الجسم اذا لم يحصل التعادل بواسطة تكوين الشحم وان المكابدات المرضية السابق ذكرها تتعلق بالتغذية غير الطبيعية فى الاعضاء المختلفة وبالدم المتحمل لمتحصلات فضلية غير طبيعية من حيثية كميتها وصفاتها وبعد استقرار كل من الكآبة الايبوخندارية واضطراب الهضم والنزلات الحلقية والشعبية والاصابات المؤلمة للمفاصل ولاسيما المفاصل الصغيرة واتضاح ظواهر مرضية مختلفة مع التعاقب او الاستقرار يصير أمثال هؤلاء المرضى فاقدة لقواها باهتة اللون نحيفة الجسم بحيث انها تظهر فى حالة مرض ثقيل ولا يظهر فى البول المتركز الكثير الحمض تغيرات واضحة على الدوام لكن يتكون فى معظم الاحوال رواسب بولية تظهر زمنا فزمنا تشتمل على املاح بولية غزيرة وقد دلت التجارب على انه من المضر عند مثل هؤلاء المرضى أمرهم بتدبير غذائى مقو مع تعاطى الانبذة والمركبات الحديدية والكينية التى يلجئنا الى استعمالها كل من تناقص قوى المرضى وامتقاع لونهم ونحافتهم بخلاف استعمال مياه الينابيع القلوية الملحية ولاسيما اذا أضيف لذلك غسل الجسم او التشلشل بالماء البارد واعقب ذلك باستعمال الحمامات الصرية فانه ينتج عنها نتائج جيدة للغاية وليس عندى تجارب عظيمة بخصوص البول الاكسالى وسوء القنية الاكسالى لكن بعض الاحوال التى شاهدتها تشابه الاحوال السابق شرحها وان لم تماثلها فى جميع الاحوال حيث ان فيها عين الاسباب

السابقة وعين شكوى المرضى المتنوعة كثيرا والتى لم تكن مشابهة لشكل من الاشكال المرضية وعين الضعف والاسترخاء وانقطاع اللون والنحافة والبول المتركز الحمضى غالبا لا يحتوى على رواسب من املاح بولية بل على بلورات من اكسالات الجير وتبعا لذلك نرى من الصواب اعتبار سوء الهضم الذى هو عبارة عن ظاهرة مرضية من جملة الظواهر المرضية المنتشرة فى سوء القنية المعبر عنه بالاكسالى نتيجة لاضطراب بنى عمومى يظهر عند بعض الاشخاص المستعدين لذلك عقب المعيشة السابق ذكرها والى الآن لم نعلم حقيقة تعاقب التغيرات التى تحصل بين تماثل العناصر الغذائية وقذف جزيئات الجسم الفضلية التى يعتريها التغير بتأثير المؤثرات المضرة السابق ذكرها فيتكون عن ذلك متحصلات مرضية متفاوتة الكم والكيفية

ثم انه يوصى فى معالجة سوء القنية الاكسالى وسوء الهضم الناشئ عن ذلك باتباع الوسائط التى ذكرنا كثرة ثمرتها فى معالجة سوء القنية الاكسالى ولو أنها غير مماثلة لها بالكلية (والذى يضاد التماثل الكلى هنا هو وجود اكسالات الكلس فقط فى أحوال الديابيتز الاكسالى دون غيره من المتحصلات الانتهائية للتبادل العنصرى) واستعمال حمض النتريك (بقدر عشرين نقطة مرتين أو ثلاثة فى اليوم) وتجنب جميع الاغذية المحتوية على سكر الموسى بكل منهما من اطباء الانكليز فى أحوال سوء القنية الاكسالى يظهر أن كلا منهما مبنى على فرضيات نظرية لا على نتائج عملية تجريبية

ومن الصواب قبل ان ننهى الكلام على سوء الهضم ان نتكلم على ظاهرة مرضية غريبة كثيرة الحصول أعنى شكلا مخصوصا من الدوار سماه المعلم (ترسو) بالدوار المعدى فانه يعتبره ناشئا عن حالة سوء الهضم اذ يكاد كل طبيب مشتغل بالطب العملى ان يكون شاهد جملة أحوال مماثلة بالكلية للصورة المرضية التى شرحها معلم الايضاح الشهير (ترسو) وسماها بالدوار المعدى كما يسميها العامة بذلك أيضا وهذا المرض الذى يكون مستطيلا ومستعصيا جدا فى أثناء سيره يبتدئ غالبا بدون أن يسبقه هجوم ظواهر مرضية بكيفية خارقة للعادة فان المرضى تشتكى فجأة بعد أن كانت فى حالة صحية بدوار شديد

فكأنما المرئيات المحيطة بها او كأنها هي نفسها اعتراها حركة دورانية او عوجية وينضم لذلك احساسات غير طبيعية في الرأس لا يمكن المرضى ان تعبر عنها بالاكلام ولا تجد لفظا موافقا للتعبير والافصاح عنها سوى ان يقولوا باحساس فراغ في الرأس وبعض المرضى يحس بدوار او بضغط غير محدود في الرأس او بخار متصاعد فيه وينضم لذلك غالبا شرر أمام الاعين وطنين في الاذنين فتخشى المرضى من الوقوع فتبحث عن صفر ارتكاز تعتمد عليه وتطلب الجلوس والاستلقاء ومثل هذه النوبة التي فيها لون جلدة الوجه يكون غير متغير ومنتقع اللون يزول غالبا بعد بعض دقائق وفي أثناء هذا الزمن تكون الاشخاص المصابون ومن حولهم من الاقارب في حالة رعب عظيم وانتهاء هذه النوبة يكون في الغالب مصحوبا بتثاؤب متكرر أو تجشؤ غالبا

ومن الجائز أن مثل نوبة الدوار العادى المذكورة تبقى هي الوحيدة لكن الغالب ان تتردد في فترات متفاوتة الطول ومن المستغرب جدا تردد النوب الجديدة باسباب واهية في الظاهر جدا كالمشي على ارض ملساء مستوية او المرور على نحو قنطرة وكون المرضى لا يحصل لهم الدوار عند صدور ماذكر متى كانوا قابضين ولو على يد طفل ضعيف او متكئين ولو على عصا رقيقة وبالجملة يفقد الدوار متى اشتغل المرضى بشيء موجب لصرف ذهنهم اليه بالكلية او كانوا في حالة انتعاش لطيف وقد شاهدت شخصا لم يمكنه العبور في قاعة على انفراده والاجتياز من محل الى آخر مع أنه كان يمكنه بدون تفكر الرقص في مثل هذه القاعة منفردا او يجتاز راكبا فرسه ولو كان جوحا في محال مختلفة وكلما تمادى هذا المرض واستطالت مدته زاد توجه افكار المرضى اليه فيقعون في حالة تفكر وكآبة زائدة ظنا منهم أنهم مصابون بآفة دماغية سيما اذا سمعوا أن غيرهم من المرضى ماتوا بامراض دماغية حقيقية مثل لين المخ الذى تخشاه العوام بكثرة وكانوا مصابين ايضا بالدوار وكثيرا ما تغتر الاطباء فيأمرون المرضى بالاستفراغات الدموية واستعمال المحولات والمركبات اليودية والمياه المعدنية الملحية ويمنعونهم من تعاطي النبيذ والبوزة ويأمرونهم بالاقتصار على المطعومات القليلة جدا فان لم تثمر

هذه المعالجة وصارت المرضى باهتة اللون نحفاء البنية فكثيرا ما ترجع الاطباء
عن اعتقادهم ويظنون ان نوب الدوار ناشئة عن انيمية الدماغ فيأمرون
المرضى بتعاطي الاستحضارات الحديدية والانبذة والبوزة ويسمحون لهم
بتعاطي تدبير غذائي مقوّ ومع ذلك فلا تثمر المعالجة كما ان المرضى يعودون من
جبال الالب ومن أماكن الاستحمامات الباردة والمعالجة بها ومن الحمامات
البحرية بدون طائل وقد نص المعلم (ترسو) كما ذكرنا على أن نوب الدوار
المذكورة تنشأ عن سوء الهضم وقال ان علاماته في كثير من الاحوال
تكون واهية جدا حتى تخفى علينا بسهولة وعدّ دا حوالا من الدوار المعدى
حصل فيها الشفاء بواسطة تعاطي منقوع من الخشب المر ومركب من
القلويات الكربونية على التناوب ونحن لم نر نجاحا من هذه المعالجة فاني وان
اعترفت ان النوب الاول من هذا الدوار التي حصلت في المرضى الذين
شاهدتهم ظهرت غالبا عقب سوء الهضم واصطحبت بظواهره الا انه لم توجد
علامات واضحة من سوء الهضم عند المرضى التي كانت تعتريها نوب الدوار
المتكررة مدة سنين والذي أظنه أن تكرر نوب الدوار ناشئ عن امور نفسية
فكما انه يوجد اشخاص يعتريهم دوار عندما يكونون مطلين على محل منخفض
جدا او واقفين على محل مرتفع كذلك كمنارة وكما ان الشخص الذي
اعتراه الدوار مرة في مثل ما ذكر يكاد يطرأ عليه ذلك متى تعرض لمثل هذه
الامور فكذلك الانسان الذي اعتراه الدوار مرة او اكثر وهو في اودته
او كان ماشيا في فلاة فانه يعتريه ما ذكر والفزع في مثل هذا الشكل من
الدوار كالفزع من الدوار الذي يعتري كثيرا من الاشخاص عند وقوفهم على
محال مرتفعة جدا وذلك سبب معين جدا على تكراره فكل من الانتقات
القوي الى مرقى والانفعال النفسي والسكر الخفيف يحفظ نوعا من حصول
أحد هذين الشكلين ويؤيد ذلك عندي مشاهدة من جملة مشاهدات
شاهدتها في قسيس قد أصيب بنوبة دوار شديدة بحيث سقط منها على الارض
وهو في الكنيسة على الانبل ولم يطرأ عليه ثاني مرة نوبة الدوار مطلقا طول
مشاهدتي له غير أنه لم يعد الى الانبل ثانيا حيث شرع يجرب من نفسه الصعود
عليه مرتين او ثلاثة فحصل عنده سوابق الدوار فكان ذلك هو الباعث له على

الامتناع فالتزم المعافاة من وظيفتـــه وكذا كل من المؤذن والمبيض لابد وان يلتجئ للمعافاة من اشغاله اذا اعترته نوبة الدوار مرة فاكثر فى أثناء اشـتغاله بوظيفته

(الفصل الخامس)
(فى أمراض القناة المعوية)
(المبحث الاول)
(فى التهاب الغشاء المخاطى المعوى النزلى المعروف بالنزلة المعوية)
(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب الغشاء المخاطى المعوى النزلى ينتج عن كل احتقان يظهر فى هـذا الغشاء سواء كان الامتـلاء الوعائى حاصلا بكيفية ميخانيكية اوناشئا عن اسباب مضرة أخرى والاحتقان فى ابتداء هذا المرض وفى حالة حدته يؤدى لارتشاح غزير من سائل قليـل الزلالية ملحى فاذا تقدم سير المرض وأزمن أدى ذلك الاحتقان الى تكوين مادة مخاطية وخليات جديدة

ثم ان النزلة المعوية الحادة وبالخصوص المزمنة من الامراض الكثيرة الحصول جـدا تصاحب عـلى الدوام اضـطراب الدورة الكبدية اذ عوق اسـتفراغ دم الوريد الباب ينتج عنه بالضرورة تمدد وامتلاء فى اوردة المعى ومن ذلك تنشأ النزلة المعوية

وكثـيرا ماتصحب النزلة المعوية أمراض اعضاء التنفس والدورة التى ينتج عنها عائق فى انصباب دم الاوردة الاجوفيـة فان هذه الامراض اذا نتج عنها احتقان وريدى تقهقرى فى اوردة الدورة العظيمـة لابد وأن يظهر ذلك فى الغشاء المخاطى المعوى فاحتقان هـذا الغشاء والتهابه النزلى فى مثـل هذه الاحوال عبارة عن سيانوزا الغشاء المخاطى

ويندر ان ينشأ عن اضطراب الدورة فى الجسم احتقان تواردى والتهاب نزلى فى الغشاء المخاطى المعوى ومن هـذا القبيل مايحصـل من احتقان الغشاء المخاطى المعوى الشـديد الذى ينشأ عن التهابات ممتدة فى الجلد عقب الحرق وكذا مايحصل من الاحتقان السريع الحصول الوقتى المصحوب بارتشاح مصلى غزير الناشئ عن تأثير البرد الفجائى فى الجلد كما يشاهد ذلك فى السياحة

فى الجبال مثلا وهل النزلة المعوية الحادة التى تنشأ عن برد الاقدام او البطن وتستمر زمنا طويلا بعد زوال تأثير البرد والنزلة المعوية المزمنة التى تنشأ عن تأثير الاقاليم الباردة الرطبة من هذا القبيل أولى امر غير مقطوع به

وقد يحصل الالتهاب النزلى المعوى الشديد مدة سير الالتهاب البريتونى سيما الالتهاب البريتونى النفاسى ويعتبر حينئذ هذا الالتهاب نتيجة الاحتقان التواردى الشديد فان الالتهاب الشديد للطبقة المصلية يؤدى فى مثل هذه الحالة لحصول ارتشاح مصلى فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المصلى وفى الطبقة العضلية والطبقة المخاطية المعوية مع ان المنسوج الخلوى تحتها فان هذا النوع من الارتشاح الاوذيماوى يشاهد دائما بجوار الاجزاء الملتهبة وقد عبرنا عنه مرارا بانه نوع اوذيما تقممية جانبية او أوذيما ناتجة عن احتقان تواردى جانبى وبه يسهل توجيه حصول الاسهالات المائية التى تصاحب الالتهاب البريتونى بكثرة ولو مع وجود شلل فى الطبقة العضلية المعوية ويظهر أن الاحتقان التواردى للاوعية الشعرية المعوية المتلو بارتشاح مصلى غزير هو ينبوع الاسهالات الناتجة عن انفعالات نفسية ويجوز فى مثل هذه الاحوال ان يقال ان الاوعية الموردة للدم حصل فيها تمدد بواسطة التأثير العصبى وقد اكتسبت هذه النظريات قوة من وقت ان شاهد المعلم (بودجيه) حصول اسهالات دائمة عقب قطع العقد الشمسية من الارانب

والغالب ان يكون الاحتقان والنزلة المعويان ناشئين عن مهيجات أثرت تأثيرا موضعيا كاغلب المسهلات فان القليل منها يحدث الاسهال بكونه يحدث عنه افراز سائل غزير من اوعية المعى بطريقة الانديموز بدون ان ينتج عنه تهيج واحتقان موضعى وذلك كفعل المحلول الملحى المركز وينذر ان ينتج الالتهاب النزلى المعوى عن افراز الصفراء الغزير وهذا خلاف ما كان يعتقد سابقا كما يندر حصوله من وجود حيوانات طفيلية فى المعى كديدان مثلا ومن هذا القبيل النزلة المعوية التى تنتج عن جواهر غير دوائية كبعض الاثمار وعن وصول متحصلات المعدة غير المنهضمة الآيلة للفساد الى المعى (انظر ذلك فى اسباب النزلة المعدية) ويغلب حصول النزلة المعوية عقب

احتباس المواد الثفلية فانها ان بقيت فى جزء من أجزاء المعى زمنا طويلا زائدا عن العادة اعتراها الفساد والانحلال فيتكون عنها متحصلات تورث تهيجا شديدا فى الغشاء المخاطى المعوى وقد نبه الشهير (ورجوف) على كثرة حصول الالتهاب البريتونى الجزئى وما ينشأ عنه من تغير اوضاع المعى كانجذابه وانحنائه وفى الحقيقة ان ذلك هو السبب الغالب للامساك المستعصى الاعتيادى فى كثير من الاحوال وبعض أحوال انهوكة الجسم المزمنة التى كانت تعتبر ناتجة عن آفات فى البطن السفلى فانها تنشأ عن مجرد انجذاب اوضيق فى القناة المعوية يعقبه تكون غازات من المواد الثفلية الفاسدة ونزلة معوية تابعية

وقد يكثر حصول النزلة المعوية فى بعض الازمنة عن مؤثرات مجهولة ولعدم معرفة هذه المؤثرات يجعل سببها تسلطن الاحوال الجوية الوبائية المعدية

وقد يكون الالتهاب المعوى النزلى عرضا من اعراض بعض الامراض العامة كالتيفوس البطنى اى الحمى التيفويدية فانه يصاحبه دائما وكالهيضة الاسيوية فانه أحد اعراضها الرئيس ويمكن احداثه فى بعض الحيوانات بالصناعة بواسطة حقن مادة متعفنة فى وريد من اوردتها

وسنتكلم فيما بعد ان شاء الله تعالى على شكل النزلة المعوية العرضى وعلى الالتهاب المعوى النزلى الذى يصاحب تقرحات المعى واستحالاته المرضية

(الصفات التشريحية)

يندر أن نشاهد اصابة الالتهاب النزلى للقناة المعوية بتمامها ومع ذلك فهو أكثر وجودا فى المعى الغليظ وأقل وجودا فى اللفائفى واندر مشاهدة فى الصائم والاثنى عشرى والتغيرات التشريحية التى تخلف النزلة المعوية الحادة فى الرمة هى احرار الغشاء المخاطى احرارا يكون تارة باهتا وتارة داكنا منتشرا أو قاصرا على مايحيط بالغدد المتفرقة اوغدد (بير) ثم انتفاخ هذا الغشاء اورخاوته وسهولة تمزقه وارتشاح مادة مصلية فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وقد يزول الاحتقان بالكلية عقب الموت فيظهر الغشاء المخاطى حينئذ باهتا خاليا عن الدم ويشاهد على الدوام فى النزلة المعوية الحادة

انتفاخ فى الاجربة المعوية المتفرقة وفى غدد (بير) فتكون بارزة برونا واضحا على سطح الغشاء المخاطى والغالب ان تشاهد العقد المساريقية كذلك محتقنة منتفخة قليلا ومتحصل المعى يكون فى الابتداء متكونا من سائل مصلى مختلط بجزيئات بشرية منفصلة وخليات جديدة ثم يصير فيما بعد متكونا من مواد مخاطية متعكرة ملتصقة بسطح المعى وفيها كذلك جزيئات بشرية

واما التغيرات التى تخلف النزلة المعوية المزمنة فهى ان يشاهد الغشاء المخاطى ذا لون مسمر ضارب الى الحمرة او سنجابى وسخ ومنتفخا فيظهر فيه احيانا بروزات بوليبوسية خصوصا جهة المستقيم والاجربة المنتفخة هنا تكون أكثر بروزا منها فى النزلة المعوية الحادة فتظهر على شكل عقد مبيضة بارزة على سطح الغشاء المخاطى الذى يكون مغطى بمادة مخاطية قيحية لزجة وفى المزمنة يحصل احيانا فى الطبقة العضلية للمعى ضخامة ينتج عنها تضايق بسيط فى المعى شبيه بما يحصل فى البواب فى أحوال النزلة المعدية وان كان ما هنا نادرا

وقد يكتسب الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى المعوى شكل الالتهاب الدفتيرى تقريبا فيتكون على سطح الغشاء المخاطى المحمر جدا خشكريشات سطحية كانما هو مرشوش بالنخالة ويخلف انفصال هذه الخشكريشات تأكلات او تسلخات سطحية صغيرة دامية وهذه الصفة التشريحية التى تشاهد فى الجزء السفلى من المعى الغليظ والمستقيم وتنتج عن تراكم المواد الثفلية فى هذه الاجزاء تطابق مطابقة كلية الصورة الاكلينيكية للدوسنطاريا النزلية الخفيفة

وقد تؤدى اشكال النزلة المعوية الشديدة لحصول القروح المعوية كالقروح النزلية المنتشرة والقروح الجرابية

فاما القروح النزلية المنتشرة فتنتج عن الالتهاب النزلى المعوى لاسيما الالتهاب النزلى المزمن اذا انضم اليه التهاب نزلى حاد وأكثر ما تنشأ هذه القروح عن الاجسام الغريبة التى تتخلف فى المعى اوعن المواد البرازية المحتبسة فيه ولذا تغلب مشاهدتها فى الحال التى يكثر فيها وقوف المواد الثفلية كالاعور

والقولون الصاعد (ويسمى المرض حينئذ بالالتهاب القولونى البرازى) وكالمعلقة الديدانية والمستقيم والمعى الغليظ أعلى محال التضايق او الانجذاب

والغشاء المخاطى الاحمر الداكن المنتفخ يلين ويتلاشى بسبب تكون الصديد فى منسوجه فينتج عن ذلك فقد جوهر يورث تعرى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى والطبقة العضلية ومتى شفيت القرحة فى هذا الدور امتلأ مكان فقد الجوهر بالازرار اللحمية وخلف ذلك ندبة يابسة تورث المعى ضيقا دائما وقد تتأكل الطبقة العضلية والمصلية فينثقب المعى وعند امتداد التهتك من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريتونى جزئى به يمكن امتناع انصباب متحصل المعى فى تجويف البطن عقب التصاقه بالاجزاء المجاورة له كما يحصل ذلك بكثرة عند تنقب المعلقة الديدانية وكما يحصل بكثرة فى التهاب الاعور وتقيحه المعروف بالالتهاب الاعورى البرازى التهاب فى المنسوج الخلوى الهش الذى يثبت الاعور والقولون الصاعد فى الصفاق الحرقفى ويعرف بالالتهاب الاعورى الدائرى او المحيط وسنشرحه فى مبحث على حدته

وأما القروح المعوية الجرابية فالاغلب ان تظهر فى المعى الغليظ والجزء السفلى منه وينتج عنها تهتكات ممتدة وهى تتصف بقلة ظهور الاعراض الالتهابية حولها وقد شرح ظهور القروح الجرابية الشهير (روكيتانسكى) فقال هذه الاجربة تكون فى الابتداء منتفخة انتفاخا عظيما ومحاطة بهالة وعائية جراضاربة للسمرة ثم يحصل التقرح فى باطنها فتنفجر جدر بورتها فينشأ حينئذ خراج صغير جرابى ذو جدر اسفنجية حبيبية وفتحة متقرحة مشرزمة ومتى تهتك الجراب تهتكا كليا من التقيح زال احتقان الغشاء المخاطى المجاور له بل قد يوجد هذا الغشاء باهتا او سنجابيا وسخا وحينئذ يكون اتساع القرحة كاتساع حبة العدس مستديرا او بيضاويا وبسرعة يمتد التقرح الى الغشاء المخاطى المجاور له فتعدم القرحة شكلها المستدير وتكتسب شكلا ممتدا منتشرذما وقد لا يبقى من الغشاء المخاطى الا بعض أصفار اوثنيات مسننة فى وسطه و بقية الطبقة العضلية والمنسوج الخلوى

تحت الغشاء المخاطى تكون متعرية ويوجد فى المعى نفسه مادة سنجابية محمرة نصفية السيولة ندفية مختلطة بمواد غذائية غير منهضمة

(الاعراض والسير)

فى النزلة المعوية يحصل فى المعى زيادة عن الارتشاح المصلى سرعة فى الحركات الديدانيـة للقناة المعوية بحيث ان التبرز مع سيولته تكثر نوبه وتتكرر فالاسهال الذى تسبقه قراقر واضحة فى البطن هو العرض الملازم للنزلة المعوية بل هو العرض الوحيد احيانا فان الآلام وغيرها من الاعراض قد لا توجد رأسا وقوى المريض وتغذيته يبقيان على الحالة الطبيعية مادامت الاستفراغات غير كثيرة التكرر والغزارة ولم تستمر زمنا طويلا وفى مثل هذه الحالة يعتبر الاسهال عند العامة أمرا مفرحا عقب تنقية الجسم ونحوه مما يعود نفعه على الصحة ثم ان الاستفراغات المعوية تتكون فى الابتداء من مواد ثفلية مائعة (وهذا مايسمى بالاسهال البرازى) ومتى استمر كل من الارتشاح المصلى وازدياد الحركات الديدانية للمعى فالاستفراغات بعد انقذاف جميع المواد الثفلية المحتوى عليها المعى تفقد رائحتها البرازية الخاصة بها شيأفشيأ وتصير متكونة من ارتشاح مصلى ملحى سابح فيه ندف بشرية وخليات جديدة ومواد غذائية غير منهضمة قليلة التغير ومتفاوتة الكمية (وهذا مايسمى بالاسهال المصلى) ولون مواد البراز السائلة يكون عادة مخضرا متفاوتا فى الخضرة وهذا ناشئ عن انقذاف المواد المذكورة مع مواد المعى السائلة قبل ان تكابد الاستحالة الطبيعية لا عن انصباب كمية غير اعتيادية من الصفراء فى المعى وكلما كان الارتشاح أكثر غزارة كان تلون المواد قليلا فان الصفراء المختلطة بها لاتكفى حينئذ فى تلوينها بالكلية والغالب فى الاستفراغات النزلية ان لا يوجد فيها آثار من المواد الزلالية لكن لا يندر ان يوجد فيها بلورات من فوسفات المغنيسيا والنوشادر وكان وجودها يعتبر سابقا واصفا للبرازات التيفوسية ويوجد فى الاستفراغات المذكورة كمية عظيمة من ملح الطعام وبعد استمرار الاسهال يوما او يومين او أكثر تأخذ مواد الاسهال فى اكتساب الاستحالة الطبيعية للمطعومات عادة فيقل تكرار الاسهال وتكتسب هيئة البرزور ائحته ويعقب الاسهال كما

هى العادة اسهال متفاوت الاستعصاء وذلك لان التهيج المرضى للطبقة العضلية المعوية يعقبه حالة ضعف

وهناك أحوال فيها ينضم للاسهال احساسات مؤلمة فى البطن وهى عبارة فى الغالب عن نوب آلام قارصة تتردد ترددا نوبيا وتعرف بالمغص ويصير المريض عند حصولها احيانا باردا ذا لون باهت سيما اذا اشتدت اشتدادا عظيما وهذا المغص يتلطف عقب التبرز او قرب حصوله وأندر من نوب الآلام المذكورة حصولا ما يشاهد من احساس مؤلم مستمر بضغط فى البطن اوتألم يزداد ذلك الاحساس بالضغط من الظاهر وهذا الاحساس لا يشتد جدا الا فى أحوال نادرة فيها يصاحب الالتهاب النزلى المعوى حرق فى الجلد ممتد جدا وبهذه الصفة الخاصة ووجود الدم فى مواد البراز يتميز هذا الشكل من الالتهاب المعوى النزلى عن غيره من أشكال هذا المرض

وكثيرا ما يكون البطن فى النزلة المعوية الحادة منتفخا انتفاخا خفيفا ويخرج بالتبرز كمية عظيمة من غازات كريهة الرائحة وظهورها فى المعى لا يعد عرضا للنزلة المعوية ولا نتيجة لها مادامت فى دور ازدياد الارتشاح المصلى والحركات الديدانية المتزايدة وانما تعتبر ناتجة عن السبب المحدث للنزلة المعوية نفسها أعنى من وصول جواهر فاسدة وغير منهضمة من المعدة الى المعى

وكثيرا ما تصطحب النزلة المعوية باعراض حمية لكن ان كانت هذه النزلة ناتجة عن تأثير البرد مثلا فالحركة الحمية تكتسب شكل الحمى النزلية وقد تكون شديدة جدا فتلتبس بالحمى المعدية او الصفراوية او المخاطية سيما اذا اشترك كل من المعدة والمعى فى الالتهاب النزلى وبهذه الكيفية يكون سير النزلة المعوية اذا كان الالتهاب فيها ممتدا فى جزء عظيم من المعى او مجالسه الجزء السفلى من اللفائفى والقولون كما هو العادة ثم ان الالتهاب النزلى الاثنى عشرى يصاحب فى الغالب النزلة المعدية ولا يعرف الا اذا امتد الى القناة الصفراوية ونتج عنه احتباس الصفراء ويرقان وبدون ذلك لا تمكن معرفته فانه لا ينوع اعراض النزلة المعدية الا قليلا جدا

والالتهاب النزلى فى المعى الدقيق يسير بدون اسهال متى مكث متحصل المعى

الدقيق السائل زمناطو يلا في المعى الغليظ وتكاثف عقب امتصاص أجزائه السائلة فعلى هذا متى انضم لاعراض النزلة المعدية قراقر في البطن تعلن بوجود غازات وسوائل في المعى الدقيق وأمكن تزحزحها من محل الى آخر ولم يحصل مع ذلك اسهال ترجح ان النزلة المعدية امتدت الى المعى الدقيق دون الغليظ

وأما الالتهاب النزلى في الجزء السفلى من المعى الغليظ او في المستقيم فكثيرا ما يحصل بدون اصابة باقى أجزاء المعى وقد تكتسب صورة هذا الالتهاب هيئة أخرى عند اشتداده جدا اى عندما يظهر انتقاله من الحالة النزلية الى الدفترية بان يسبق التبرز كما في الدوسنطاريا آلام شديدة قراصة تمتد من نحو السرة الى القطن ثم يعقب ذلك انقباض تشنجى في العاصرة وحرق شديد في الاست ثم يخرج بحركات الزحير مادة مخاطية متفاوتة الكمية مبيضة زجاجية مختلطة بمواد دموية والعادة ان يعقب ذلك راحة المريض غير انه بعد مضى ساعة اواقل تعود الآلام وكذا الظواهر السابقة ويخرج من المريض مواد ثفلية جامدة زمنا فزمنا فيحصل له عقب ذلك راحة بعض زمن وهذا الشكل من النزلة المعوية المعروف بالدوسنطاريا النزلية يشفى بسرعة بالمعالجة اللائقة أعنى بالمبادرة بازالة المواد الثفلية التى في المعى ونتج عنها هذا المرض مع استمراره فاذا لم تعالج بما لا يليق استطالت مدة المرض وأدت لحصول تقرح جرابي

وأما اذا كان الالتهاب النزلى قاصرا على المستقيم فلا بد وان يوجد كذلك زحير وتطلب للتبرز وخروج مواد مخاطية فقط او مخاطية مدممة غير مختلطة بمواد ثفلية لكن لا يوجد في هذا الشكل آلام دالة في البطن كالتى تسبق التبرز في الدوسنطاريا النزلية

وأما النزلة المعوية المزمنة فلا ينتج عنها في البالغين افراز مصلى غزير في القناة المعوية الا في أحوال نادرة والغالب ان يكون افراز الغشاء المخاطى قليلا ولذا لا يصطحب الالتهاب النزلى المعوى المزمن بالاسهال في البالغين الا نادرا وان حصل الاسهال فانه يكون وقتيا فالمرضى بهذه النزلة يكون عندهم في أغلب الاحوال امساك لا اسهال وبواسطة الطبقة المخاطية اللزجة المغطية

لسطح المعى يحصل عوق فى الامتصاص واضطراب فى التغذية فتتناقص قوى المرضى فتنحف وتكتسب لونا ممتقعا وسخا وزيادة على ذلك فالمواد المتراكمة فى المعى الغليظ يعتريها بتأثير الحرارة الرطبة فى هذا العضو فساد وانحلال يخالفه ظهور غازات فى المعى بكمية عظيمة فتمدد وينشأ عن ذلك مكابدات ثقيلة فيتوتر البطن ويندفع الحجاب الحاجز الى أعلى ويتعسر التنفس وينشأ عن الضغط الواقع على الاوعية الشريانية احتقانات وتوارد يه فى غير المعى سيما نحو الدماغ ويحصل من خروج الغازات من البطن راحة عظيمة وينضم للامساك الاعتيادى واضطراب التغذية وانتفاخ البطن الغازى اضطراب عقلى كالذى يحصل للمصابين بنزلات معدية مزمنة فحينئذ تجعل المرضى حالة اجسامها موضعا الافكار رديئة ولا تلتفت لغيرها وتقع فى حالة يأس من صحتها ومما ينبغى الالتفات اليه انه يوجد فى جثث المرضى التى كانت مصابة بأمراض عقلية كالمجانين والقاتلين لانفسهم انحنا آت او تحولات فى المعى وهى السبب الغالب فى النزلة المعوية المزمنة والامساك الاعتيادى قد يتعاقب معه احيانا مغص شديد واسهال وقتى تخرج به كمية عظيمة من مواد مخاطية وبرازية كريهة الرائحة جدا وحيث ان نوب الاسهال الوقتية تطرأ بدون سبب ظاهر يغلب على الظن ان فساد متحصل المعى ينشأ عنه تكون متحصلات مهيجة احيانا تؤثر فى الغشاء المعوى وتثير النزلة المعوية المزمنة فترتقى الى نزلة معوية حادة والنزلة المعوية المزمنة التى تسير بهذه المثابة تعتبر من الامراض الكثيرة الحصول المستعصية عن الشفاء بحيث ينقطع عشم كثير من المصابين بها من نفع الطبيب لعدم نجاح المعالجة التى أجريت عليه فيلتجئ الى الدجالين او يقتصر على حبوب موريسون (التى قاعدتها الصمغ النقطى) او حشائش ليروه (وهو منقوع مخلوط مكون من ازهار البنفسج وقمم الحلوا المزمصافا لذلك كبريتات المنزيا) اوحبوب اشتال (وهى مركبة من خلاصة الصبر درهمان ومن خلاصة الراوند المركبة درهم ومن خلاصة الحنظل المركب نصف درهم ومن برادة الحديد نصف درهم يمزج جميعه ويعمل مائة وعشرين حبة ويعطى منه من حبة الى اثنتين الى ثلاثة حسب الاقتضاء) او نحو ذلك من المعالجات السرية وسيتضح فيما بعد

أن كلا من هذه المركبات يتخذ من مسهلات ظاهرة النجاح فى مقاومة ما ينتج عن النزلة المعوية المزمنة من المشاق وانه بسبب كثرة هذا المرض اشتهرت عند العامة بعموم النفع فى جميع الامراض

ثم ان النزلة المعوية المزمنة عند البالغين قد تصطحب بازدياد الافراز المعوى وسرعة الحركات الديدانية وتكتسب سير الاسهال المزمن الا ان هذه الاحوال نادرة فيهم ولذا كان وجود اسهال مستمر عدة أسابيع او أشهر مع التصور وجود تغيرات مادية عظيمة فى المعى فحينئذ لا تعتبر النزلة المعوية المزمنة البسيطة سببا للاسهال الا بعد تحقق انتفاء بقية تغيرات المعى المادية والاستفراغات فى مثل هذه الاحوال معظمها مكون من مواد مخاطية زجاجية او صديدية مختلطة بمواد ثفلية لينة او ببقايا المواد الغذائية غير المنهضمة عند امتداد النزلة فى المعى امتدادا عظيما (وهذا ما يسمى بالاسهال الليقنترى أى انزلاق البطن) وعندما تخرج مواد مخاطية غير متلونة أو صديدية كما يقع احيانا او مواد ثفلية متجمدة احيانا اخرى يجب الحكم بان مجلس الداء الجزء السفلى من المعى الغليظ وان الالتهاب النزلى مهدد بالانتقال الى التقرح الجزئى وقد يزول الاسهال مدة أيام ويخلفه امساك مستعص ثم يعود اشد مما كان وقد توجد أحوال فيها تم لك المرضى عقب الاسهال المزمن لكن لا يحصل ذلك الا عند وجود تغيرات أخرى فى المعى غير النزلة المعوية

واما النزلة المعوية المزمنة فى الاطفال فيقال فيها عكس ما ذكر فان هذا المرض فيهم يسير سير الاسهال المستعصى المضعف ولذا ينبغى على عكس ما تقدم التأنى وعدم المبادرة بالحكم بمجرد هذا العرض بوجود درن معوى او ماساريقى أو تقرحات نزلية معوية فان أغلب الاطفال الهالكين بالسل المعوى لا يوجد فى امعائهم الا آثار خفيفة من الالتهاب المعوى المزمن وأغلب ما تحصل النزلة المعوية المزمنة فى الاطفال قرب انتهاء السنة الاولى اعنى قبل الفطام بقليل ويسمى الاسهال حينئذ بالاسهال الفطامى وفى الابتداء تكون الاستفراغات مخاطية قليلة الغزارة ذات خواص حمضية ولون مخضر يظهر عقب اندفاعها حالا او بعد ملامستها للهواء زمنا طويلا

وذلك ناشئ عن اختلاطها بالصفراء غير المتحللة او عن ازديادنا كسد المادة
الملونة للصفراء التى لم تزل محفوظة ثم تصير الاستفراغات غزيرة جدا مائية
طفلية اللون كريهة الرائحة مختلطة بمواد غذائية غير منهضمة وفى الابتداء
لا يعترى الاطفال الاقوياء البنية الجيدى التغذية من هذا الاسهال الا قليل
هزال لكن العامة بسبب اعتقادهم الفاسد يعتبرون هذا الاسهال ظاهرة
صحية تقى الاطفال من تشنجات الاسنان ويظنون انه لا ينبغى ايقافه فلا
ينادون الطبيب الا اذا صار الطفل ذابلا ضعيفا ففى مثل هذه الحالة كثيرا ما
تعجز الصناعة عن تدارك الشفاء فيستمر الاسهال وتزداد النحافة تدريجا
يهلك من الاطفال عدد عظيم فى السنة الثانية من عمرهم عقب النزلة المعوية
المزمنة والنزلة المعوية تظهر عند الاطفال المغذاة بالصناعة قبل هذا السن
وتسير بسرعة عظيمة وذلك ان أمهات الاطفال الاقوياء البنية اللاتى يجبرأن
على ان يخدمن مراضع بعد الاسبوع السادس او الثامن من ولادتهن
يتركن أطفالهن للعجائز لتغذيتهم بالصناعة وهن يعطين الاطفال لبنا غير جيد
او مرقا فاسدا او حلمة صناعية او قطعة خبز يمصونها ليتركوا الصراخ
فيحصل للطفل حينئذ اسهال بسرعة وتتقدم النحافة تقدما عظيما بحيث
يصل فى أقرب وقت الى أعلى درجة من النحافة مثل تلاشى العضلات وكذا
المنسوج الشحمى ويظهر فيهم تكرش الوجه كالعجائز ويسترخى الجلد على
العظام وتتسلخ الاجزاء القريبة من الاست ويتغطى الغشاء المخاطى الفمى
بالفطر وفى أثناء ما يكون حضين المرضعة فى غاية من الصحة يهلك ولدها غالبا
فى الشهر الثالث او الرابع وهو فى غاية النحافة والنهوكة ألا ترى ان كل
امرأة مشتغلة بارضاع الاطفال بالصناعة فى المدن العظيمة تدفن نحو ثلاثة
أطفال كل سنة وفى مثل هذه الاحوال لا يوجد فى الجثة الا آثار النزلة المعوية
المزمنة مع النهوكة العظيمة وتعتبر هذه النزلة فى أحوال الاسهال الفطامى تردد ا
مستمرا للنزلة المعوية الحادة بسبب دخول المواد الغذائية غير المنهضمة
الفاسدة فى المعى مع التكرار فيثير هذا الالتهاب

واما الالتهابات المعوية النزلية المؤدية الى تقرح الغشاء المخاطى المعوى
ال و جميع جدر المعى فاول ما نتكلم عليه منها الشكل الكثير الحصول

المعروف بالالتهاب الاعورى فقط أو الاعورى البرازى فنقول قد يسبق هذا المرض أحيانا بعض اعراض يعنى انه قبل ان يرتقى الالتهاب الى الدرجة الشديدة المسماة بالالتهاب الاعورى البرازى يشاهد آلام ومغص فى البطن واعراض نزليه معويه ناتجة عن تراكم المواد البرازية فى الاعور والقولون الصاعد بحيث يشتكى المريض احيانا بآلام فى البطن ويحصل له امساك واسهال على التعاقب وربما فقدت الاعراض السابقة بحيث يؤدى اول تجمع من المواد الثفلية فى لاعور والقولون الصاعد الى حصول التهاب شديد وتقرح فى جدر المعى ومتى حصل ذلك فقدت الطبقة العضلية قابلية انقباضها فيحصل عوق عظيم مانع لسير المواد الثفلية فى القناة المعوية كما يحصل مثل ذلك من تضايق المعى أو اختناق الفتوق المعوية فانه وان خرجت مواد مخاطية فقط أو مدممة هى متحصل التهاب نزلى فى الجزء السفلى فى المعى من الاست يفقد التبرز بالكلية ومتحصل الامعاء الدقاق الذى لا يتيسر اندفاعه من أسفل يندفع الى أعلى بسبب انقباضات الطبقة العضلية المعوية وحينئذ تحصل حركات مضادة للحركات الديدانية الطبيعية فالمواد الواصلة من المعى الى المعدة تورثها تهيجا شديدا فيحصل للمريض تهوع وغثيان وقىء من مواد غذائية ابتداء ثم فيما بعد من مواد مخضرة مرة الطعم صفراوية ثم يخرج بالقىء وذلك فى أحوال نادرة مواد سائلة مسمرة كريهة الطعم ذات رائحة برازية ويعرف ذلك بمغص القولنج (اى مغص رب ارحم) ومن ذلك يجزم بان هناك عوقا فى جزء من المعى مانعا للمرور والمواد المحتبسة فيها فان لم يوجد فى الحضرة الحرقفية اليمنى الا آلام قليلة بدون ورم فى هذا المحل كما شوهد ذلك احيانا تغيب الطبيب فى طبيعة العوق لكن الغالب ان يطرأ مع الامساك آلام شديدة فى البطن وورم واصف لهذا المرض فى الحفرة المذكورة ومجلس هذه الآلام الجزء السفلى الايمن من الخثلة لكن ثورانها ازمنا قزمنا ليس من ذاتها بل بأدنى ضغط او حركة على الجزء المذكور وعند الجس الذى تخشاه المرضى عادة يحس بورم ذى شكل منبارى يمتد من الحفرة الحرقفية اليمنى الى الحافة السفلى من الضلع الاخير يكون على مسير الاعور والقولون الصاعد بحيث يعرف بسهولة ثم اذا كان سير هذا المرض

جيدا حصل تحسين للمريض فى هذا الدور فيتبرز تبرز امتكررا مصحوبا بآلام فى البطن ممزقة وذا امواد ثفلية غزيرة جدا كريهة الرائحة ويزول القيء ويتناقص حجم الورم ويتلاشى تدريجا حيث ان جزأ منه مكون من المواد المتراكمة فى المعى والجزء الآخر من انتفاخ جدر هذا المعى نفسه لكن هذا الانتهاء الجيد نادر والغالب ان يمتد الالتهاب فى الطبقة المصلية للاعور والقولون الصاعد اما الى البريتون الكاسى للعرا المعوية المجاورة او الى المنسوج الخلوى المثبت للقولون الصاعد مع الصفاق الحرقفى وعند امتداد الالتهاب الى البريتون يصير الم البطن منتشرا فيه ويفقد شكله المنبارى ويصير عريضا وأما عند امتداده الى المنسوج الخلوى الكائن خلف القولون الصاعد فتحصل آلام فى الفخذ الايمن او احساس بتنمل فيه (وهذا هو المعروف بالالتهاب الاعورى الدائرى او المحيط) وكل من العضلات الابسواسية والحرقفية يرتشح بمادة مصلية فلا يقوى على الانقباض بحيث لا يتيسر للمريض رفع فخذه بانقباضها وفى مثل هذه الحالة يحنى المريض جذعه الى الامام ويضطجع فى فراشه على الجهة اليمنى ويتجنب تغير هذا الوضع ما أمكن اذ بذلك تكون عضلات البطن قليلة التوتر وكل من العضلة الابسواسية والحرقفية قليل التمدد ولا يندر تحسين حالة هذا المرض بعد وصوله الى الدرجة الشديدة التى ذكرناها فانه يزول الالتهاب الاعورى وتقف الالتهابات التابعة له ويمتص النضح تدريجا وفى مثل هذه الحالة يزول الم البطن شيأ فشيأ والورم الذى كان قد امتد الى نحو الخط المتوسط من الجسم يقل حجمه ثم يزول بالكلية كما ان آلام الفخذ الايمن والاحساس بالتنمل منه تتلاشى أيضا ويعود كل من العضلة الابسواسية والحرقفية الى الانقباض الطبيعى فيمكن حينئذ رفع الفخذ ثانيا هذا اذا كان الانتهاء جيدا اما اذا كان غير جيد فيمتد الالتهاب الى جميع البريتون ولا يمتص النضح المتكيس بل يورث التهابا بريتونيا مزمنا فيهلك المريض بحمى الدق التى تصحبه وقد تتقيح جدر السطح المتكيس تدريجا فيحصل تثقبات جهة الظاهر أو فى احشاء مجاورة ونحوها من الاعضاء وسنذكر ذلك مفصلا فى شرح الالتهاب البريتونى وانتهاء هذا الالتهاب الخبيث سيما

امتداده السريع الى جميع أجزاء البريتون يرجح لنا ان تقيح الاعور هو الذى أدى لحصول التثقب الان حصوله فى هذا الشكل نادر لايمكن الجزم بمعرفة مدة الحياة الا فى أحوال قليلة وانتهاء الالتهاب الاعورى الدائرى يختلف كثيرا متى انتهى بالتقيح ونشأ عنه خراجات وانسكابات صديدية

وأما تقرح المعلقة الديدانية فهو وان كان يصطحب بالآلام فى الجزء السفلى الايمن من البطن تكون هذه الآلام خفيفة جدا فلا تدل غالبا على وجود شئ محقق فحينئذ لا يعرف هذا المرض الا اذا امتد التقرح الى الطبقة البريتونية اوظهر عقب تثقبها اعراض الالتهاب البريتونى الجزئى او اعراض الالتهاب الاعورى الدائرى غيرانه لايمكن الجزم بان الالتهابات التابعية الاخيرة ينبوعها المعلقة الديدانية او الاعور الا اذا دل على ذلك عدم وجود الاعراض السابقة للالتهاب الاعورى والامساك والقئ الخاصين به سيما عدم الورم الواصف لهذا المرض الاخير وقد لايمكن التمييز بين هذين المرضين بالكلية عند من يوجد عنده التهاب بريتونى منتشر أوسريانات صديدية ناتجة عن التهاب أعورى دائرى ويكون عاجزا عن بيان حالته بالدقة ثم ان الالتهاب البريتونى والاعورى الدائرى وان كانا ناتجين فى تقرح المعلقة الديدانية من تثقب هذا الجزء وانصباب متحصله فى تجويف البريتون غالبا يأخذان سيرا حميدا مع ذلك كما اوضحناه فيما تقدم ويحصل ذلك غالبا متى كان حصول التثقب تدريجيا بحيث يلتصق المعى بالاجزاء المحيطة به وبذلك يمتنع تأثير المواد المنسكبة المضر فى بقية أجزاء البريتون ومن الجائز فى الاحوال النادرة تكون التصاقات صلبة فيتكيس الصديد وكذا المواد المنسكبة فى باطن منسوج خلوى مندمج متيبس وقد يحصل استفراغ المواد المنسكبة نحو الظاهر ويندر تثقب المعلقة الديدانية بواسطة منسوج ندبى مندمج بحيث لايخرج منها شئ فيما بعد

ومن النادر مشاهدة التهابات وتقرحات عظيمة بالمعى فى غير المحلين المذكورين وان حصل ذلك يكون غالبا فى القولون المستعرض او التعريج السينى وحينئذ تكون الاعراض مشابهة لاعراض الالتهاب الاعورى وتنحصر

فى الاسهال وتألم البطن فى جزء محدود وظهور ورم واضح ويندر جدا
ان يؤدى الالتهاب فى هذين الجزأين للالتهاب البريتونى المنتشر سيما وازالة
تجمع المواد البرازية التى فيهما وايقاف الالتهاب سهل الحصول
واما التقرحات الجرابية فما كثيرا ما تشاهد فى الاشخاص المنهوكين واعراضها
فى الابتداء عين اعراض النزلة المعوية المستطيلة المدة لكن عما قليل يشاهد
فى المواد المخاطية المبيضة الشفافة التى يسبق اندفاعها آلام خفيفة
وتصطحب بزفير خفيف كتل مخصوصة شفافة كالساجو (هو مادة نشوية
تستخرج من نخاع بعض النخيل ببلاد الهند) المنقوع المنتفخ وهذا يدل على
ان الالتهاب النزلى امتد من الغشاء المخاطى الى الاجربة المخاطية ويخرج
مع التبرز مواد ثفلية زمنا فزمنا مختلطة بمواد مخاطية مبيضة أو مدممة
وبالكتل المذكورة ايضا ثم تفقد المواد المخاطية شفافيتها تدريجا وتصير
مائعة مصفرة كالقيح وحينئذ يشاهد شكل الاسهال المعروف بالاسهال
الكيلوسى وفى هذا الدور قد تخرج زمنا فزمنا مواد ثفلية متماسكة ذات
لون طبيعى وعند شفاء القروح الجرابية يبقى غالبا اعتقال مستعص فى البطن
وميل عظيم لتكون الغازات فيه وبقية اعرض النزلة المعوية السابقة
وماذا الا لكون التحام هذه القروح يعقبه تضايقات ندبية

(التشخيص)

النزلة المعوية الحادة التى تسير بدون حركة حمية لا يسهل تمييزها عن غيرها من
الامراض وأما تمييز النزلتين المعدية والمعوية الحادتين الاصليتين عن الدور
الاول من التيفوس فسنذكره فيما بعد
ويغلب جدا عدم معرفة شكل النزلة المعوية التى تكون اعراضها الواضحة
الاسهال والتولدات الغازية والاضطرابات النفسية وقبل عصرنا هذا
بقليل كان يعتبر مجموع الاعراض المذكورة ناتجا عن مرض فى الغدد
البطنية العظيمة سيما الكبد فكانت ترسل المرضى الى مياه كرلوس باد بقصد
شفائهم من احتقان هذه الغدد كما كان يظن وعند رجوعهم من هنالك فى
حالة تحسين كان يعتبر ذلك دليلا على صحة التشخيص ثم بعد ان ثبت بواسطة
الصفات التشريحية الدقيقة ان مكابدات البطن المزمنة المتصفة بالاعراض

السابقة يندر جدا ان تكون ناتجة عن تغيرات مادية فى الكبد او الطحال او البانكرياس كما ثبت عكس ذلك أيضا يعنى انه شوهد فى الاعضاء المذكورة تغيرات عظيمة فى الرمة بدون ان تصحب مدة الحياة باضطرابات ثقلية فى الهضم ووقع كثير من الاطباء فى خطا آخر وذلك انهم جزموا اتبعا (للمعلم رادماخر) انه يوجد جملة من أمراض الكبد والطحال والبانكرياس لا يخالفها تغيرات مادية مدركة فى جوهر هذه الاعضاء ولا حاجة للتعرض لرفض هذا الرأى ونقتصر على ذكر طريقة التساهل والخفة التى كانت تشخص بها الامراض المذكورة وذلك انه متى تحسنت حالة من حالات المريض التى ليس لها أدنى ارتباط بتغيرات وظيفية او جوهرية فى الاعضاء المذكورة بمقتضى معارفنا الفسيولوجية عقب استعمال بزر العقول اوصبغة الجوز المقيء او منقوع ثمر البلوط كان هذا دليلا كافيا للطبيب (رادماخر وتلامذته) على ان حالة المريض كانت متعلقة بآفة أصلية فى الاعضاء المذكورة مع انه لم يثبت بالكلية ان هذه الجواهر ذات تأثير نوعى فى الغدد البطنية حتى يظن انها معينة على شفاء أمراضها

ثم ان معرفة النزلة المعوية المزمنة المصحوبة باعتقال البطن تسهل جدا متى اصطحبت بنزلة معدية مزمنة لكن هنالك أحوال فيها لا يوجد فى الهضم المعدى أدنى اضطراب بجودة الشهية وراحة المريض فى الساعتين التاليتين للاكل ونظافة اللسان وهذه ربما تقودنا الى الخطا والبحث عن ينبوع المرض فى اضطراب آخر غير اضطراب الهضم فان وجد مع ذلك تألم محدود ومتفاوت الشدة فى جزء من أجزاء المراق الايمن عسر على الطبيب ولو المشهور بالمهارة الحكم بان هنالك آفة مزمنة فى المعى وليعلم انه كثيرا ما يوجد فى الانحناء الاول من القولون التصاقات عظيمة بينه وبين الكبد تؤدى لانثناء المعى وتضايقه بحيث ان زيادة حساسية المريض فى هذا القسم بالضغط ترجح تشخيص النزلة المعوية المزمنة عن نفيها ومما يعين على تشخيص هذه النزلة تعاقب الاعراض عندما يحصل للمريض اسهال مدة طويلة وسنتكلم فيما يأتى على تميز النزلة المعوية عن بقية أمراض المعى لكن نذكر هنا انها مرض كثير الحصول جدا وانه ينبغى للطبيب عند الحكم على

الاحوال

الاحوال المرضية أن يعوّد نفسه على ان يلتفت أولا الى الامراض الكثيرة الحصول عادة فان الاطباء لو تعوّدوا على ذلك لقلت شكاوى المرضى من عدم نجاح معالجتهم ودعوى انهم لم يحصل لهم راحة الامن وقت استعمال بعض حبوب مارسون المسهلة

(الحكم على العاقبة)

الحكم على النزلة المعوية يستنتج مما ذكرناه في سير هذا المرض فالنزلة المعوية الحادة المصحوبة بافراز معوى غزير وازدياد في حركات المعى مرض غير خطر في الغالب وقد يكون للاسهال تأثير جيد بالنسبة لقذف المواد المضرة الواصلة الى المعى وأيضا النزلة المعوية الخفيفة التى تحصل زمن التسنن عند الاطفال المستعدين للاحتقانات المخية والرئوية من الظواهر التى يتمنى حصولها لهم لكن يجب على كل طبيب ان يحذر أهل الطفل من ان يعتقدوا اعتقادا فاسدا ان جميع الاطفال يلزم ان يكون عندهم اسهال مدة التسنن وانه لا ينبغى ان يعالج الاسهال الذى يحصل فى اثنائه فان هذا الاعتقاد مع كونه منتشرا خطر جدا وهو السبب غالبا فى ان الطبيب لا يندب الا اذا حصل للطفل نهوكة عظيمة ووصل الى حال مكربة وأيضا الاسهالات المزمنة عند الاطفال جيدة العاقبة غالبا متى بودر بمعالجتها معالجة لائقة وكذا الالتهاب الاعورى وما ينتج عنه لا خطر فيه غالبا على حياة المريض كما يعلم ذلك عند الكلام على سير هذا المرض وأما القروح المعوية الجرابية فهى خطرة جدا خصوصا وانها لا تحصل الا فى الاشخاص المنهوكين عادة

(المعالجة)

دلالات المعالجة السببية فى الاحوال التى فيها تكون النزلة المعوية متعلقة باحتقانات احتباسية لا يمكن اتمامها بوسايط شافية الا نادرا فانه يندر جدا زوال العائق المانع لسهولة استفراغ الدم من الاوردة المعوية والغالب فى مثل هذه الاحوال ان لا يتأتى للطبيب الا اجراء معالجة تسكينية عقب مراعاة الاسباب الاصلية فيأمر المصابين بالنزلة المعوية الناتجة عن احتقان وريدى مثلا بارسال العلق على دائرة الشرج زمنا فزمنا سيما عند

مايحصل ثوران فى مكابدات المريض وكثيرا مايحصل عقب تكرار ارسال العلق فى أزمنة منتظمة ككل أربعة أسابيع مثلا نزيف دورى ذاتى من الاوردة الباسورية يحصل منه للمريض راحة عظيمة جدا وعندما تكون النزلة المعوية الحادة ناشئة عن تأثير البرد تستدعى المعالجة السببية ملازمة المريض فراشه وتعاطى المنقوعات الفاترة وأجودها منقوع البابونج او النعناع الفلفلى او تدفئة البطن بمحازم مدفأة على النار ويجب على المريض المصاب بنزلة معوية مزمنة ناتجة عن تأثير اقليم بارد رطب كثير الرياح استعمال جوارب الصوف بغيرها كلما أحس ببرد فى الاقدام ومن الناجح الموصى به فى مثل هذه الاحوال وضع محازم من الصوف على البطن وليوص النساء المصابات أيضا بنزلات معوية مزمنة باستعمال ألبسة من نسيج دافئ ثخين خصوصا مدة الشتاء وليعلم الطبيب ان ترك هذه الاحتراسات او عدم الالتفات اليها والتفحص عنها عند النساء اهمال لاحدى الوسايط العلاجية التى كثيرا ما تكون أهم من غيرها من الوسايط الصحية والدوائية فى شفاء المرضى

والنزلات المعوية المزمنة للاطفال الناتجة عن تغذية غير لائقة تستدعى معالجتها السببية تنظيم التدبير الصحى والتمسك بهذه الواسطة يعقبه النجاح العظيم غالبا ومن النادر تحمل الاطفال التدبير الغذائى اللبنى مدة الاسهال فالاجود ان يعطى لهم امراق قوية من اللحوم او مقادير صغيرة جدا من لحم العجول الصغيرة المبشورة وهى نيئة مع قليل من الخبز وقليل من النبيذ الحلو كنبيذ التوكيرا والمالجا فبهذه المعالجة يزول فى زمن قليل الاسهال الذى كان قد استعصى عن بقية الوسايط العلاجية وتعود الاطفال المنهوكون الى صحتهم بسرعة كذلك وأما استعمال الزئبق الحلو وغيره من الجواهر الدوائية المستعملة فى النزلات المعدية والمعوية فقد تقدم الكلام عليه وعندما يكون سبب النزلة المعوية احتباس مواد ثفلية صلبة فى القولون او فى جزء آخر من المعى ينبغى ابتداء المعالجة باعطاء مسهل ومعاينة المواد الثفلية بعد خروجها فى قصرية المريض للبحث عن وجود مواد ثفلية صلبة بجوار المواد السائلة حتى يمكن بذلك الوقوف على الحقيقة ويتمسك بهذه القاعدة أيضا

فى معالجة النزلات المعدية فيعتمد أيضاً معالجة الالتهاب النزلى القولونى الذى معناه بالدوسنطاريا النزلية باعطاء مسهل فكثيراً ما يكفى فى مثل هذه الاحوال اعطاء مقدار وافر من زيت الخروع لاجل ازالة آلام البطن والزحير والمواد المخاطية المدممة زوالاً تاماً فى ظرف ساعات قليلة ويكون النجاح أقوى واظهر فى الاحوال التى فيها كانت المرضى مستمرة على تعاطى الشوربات الغروية والاستحضارات الافيونية وكانت مكابداتهم مع ذلك لم تزل متزايدة واما الاحوال التى يكون فيها عندهم امساك اعتيادى ناشئ عن انحناء او انجذاب أو تضايق فى المعى وأدى هذا الامساك الى حصول النزلة المعوية فلا يمكن فيها اتمام دلالات المعالجة السببية الا بكيفية غير تامة حيث كان للصناعة قوة على ازالة الامساك الاعتيادى لا على ازالة السبب الاصلى له ومثل هؤلاء المرضى لا يحصل عندهم راحة الا من استعمال المسهلات على الدوام ولذا ينبغى الالتفات التام الى استعمال الجواهر والمركبات المسهلة التى يلزم استعمالها والقانون العام من كونه ينبغى للطبيب ان يسلك البساطة فى اوامره الطبية لا يعمل به فى الاحوال التى فيها يراد المداومة على استعمال المسهلات زمناً طويلاً فان المركبات المسهلة المأخوذة من الراوند وراتينج الجلبة والصبر والحنظل أجود تأثيراً من استعمال كل من هذه الجواهر على حدته وحيث ان المقصود فى مثل هذه الاحوال الحصول على تبرز غزير بجيئى غير سائل ينبغى للطبيب تكرار التجربة ما أمكن حتى يصادف التركيب والمقدار المناسبين لحالة المريض ولا مانع فى مثل هذه الاحوال من تجربة بعض الحبوب المسهلة الموجودة فى الاجزاخانات كحبوب اشتال وغيره وأن يؤمر باستعمال عدد مخصوص من الحبوب المذكورة حتى يجد ما فيه ثمرة له ونجاح هذه الطريقة فى شكل الامساك المذكور أخيراً عظيم للغاية واستعمال الحقن بالماء البارد وان كان جيداً الا انه لا يكفى فى جميع الاحوال لا سيما مع طول المدة فلا يوصى به الا بقصد مساعدة للمعالجة ويساعد تأثير المسهلات باستعمال بعض الوسايط التدبيرية الصحية بدون ان يمكن توجيه تأثيرها فبعض الاشخاص مثلاً تحصل له راحة من شرب الماء على الريق او من شرب التبغ وبعضهم من تعاطى الخبز مع الزبد والقهوة

و بعضهم من تعاطى بعض الاثمار المطبوخة أو المربات وكذا الرياضة بالمشى على الخيل كثيرا ما تساعد فى المعالجة أيضا لكن لا ينبغى المبالغة فى تأثيرها وبالجملة فينبغى ايضا أمر المرضى بالذهاب الى المرحاض والاجتهاد فى البراز فى ساعة معينة كل يوم

وقد مدح كل من الطبيب بريتونو وترسو البلادونا (اى ست الحسن) فى معالجة الامساك الاعتيادى المستعصى وفى ضعف المعى المصحوب بسوء الهضم وكلاهما لا يعطى هذا الجوهر الدوائى بكمية قليلة مضافا للجواهر المسهلة الشديدة كما هو العادة عند أغلب الاطباء بل يعطيانه بانفراده بان يعطى من مسحوق أوراق البلادونا من خمس قمحة الى ربع قمحة مع جزء مماثل من خلاصتها ونجاح هذه الطريقة وان كان ليس أكيدا فى جميع الاحوال كما بالغ فى ذلك المعلم ترسو لا ينكر انه ناجح فى كثير منها فان كثيرا من المرضى من يمدح المعالجة بحبوب البلادونا و يفضلها على استعمال المسهلات الشديدة التى كانت تعطى له من قبل ويذكر أنه حصل له من ذلك راحة تامة حتى كانه ولد جديدا وماذاك الا من اعتدال صحته باستعمال هذا الجوهر الدوائى الذى فضلا عن كونه جيد التأثير ليس له مضرة مثل المسهلات الشديدة التى كانت تستعمل عنده على الدوام ومع ذلك فالى الآن لم تعرف حق المعرفة اشكال الامساك الاعتيادى المستعصى التى فيها يفضل استعمال البلادونا على استعمال المسهلات الشديدة والاشكال التى لا يصح استعمالها فيها و يتعشم انه بالمشاهدات يمكننا فيما سيأتى التحقق من أشكال الامساك الاعتيادى التى فيها تستعمل البلادونا مع النجاح

وكذا فى الالتهاب الاعورى البرازى تستدعى المعالجة السببية تبعيد المواد الثفلية المتجمعة فى الاعور والقولون الصاعد غيرانه يلاحظ فى ذلك احتراسات مخصوصة فان كانت الحالة حديثة وغير مصحوبة بقىء وجب اعطاء زيت الخروع بمقدار مناسب من نصف اوقية الى اوقية وأما اذا كان قد حصل القىء وخشى من تقايئ الزيت ثانيا فيجب تجنب الاجتهاد فى الحصول على احداث البراز بواسطة المسهلات وخصوصا ينبغى عدم الوقوع فى الخطا من استعمال مسهلات شديدة فانه مادام موجودا عائق فى المعى يمنع اندفاع

مفصلها الى اسفل لابد وأن استعمال جميع الوسايط التى تزيد فى الحركات
المعوية يدفع هذه المواد الى اعلى فقط ويزيد فى حركات القىء وفى مثل هذه
الاحوال الاخيرة بعد استعمال الحقن بالطلبات ذات المكبس من الوسايط
النافعة جدا ولا يمكن تعويضها بالحقن البسيطة مهما تكرر استعمالها
ويمكن فى مثل هذه الاحوال دفع كمية عظيمة جدا من السائل بقدر أربعة
ارطال او أزيد حتى يحصل على النتيجة المطلوبة وحيث ان الماء يمكن
امتصاصه فى المعى الغليظ ينبغى ان يضاف له ملح الطعام أو الزيت أو اللبن
او العسل والعادة أن يزول القىء باستعمال هذه الواسطة ولو لم تندفع كمية
عظيمة من المواد البرازية الى الخارج بل يحصل ذلك عند اندفاع كمية قليلة
جافة منتنة منها تدل على ان السائل وصل الى المواد البرازية المتجمعة
واحدث فيها لينا وحركة لكن متى خرجت مواد برازية غزيرة ينبغى قطع
استعمال الحقن ولو مع استمرار الورم فى الحفرة الحرقفية فان جدر المعى
او البريتون ان كان ملتهبا حصل من الاستمرار على الحقن واحداث حركات
قوية فى المعى ازدياد فى الآلام والالتهاب
واما معالجة المرض نفسه اى المؤسسة على طبيعته فلا يحتاج فيها الاستعمال
الاستفراغات الدموية العامة واما ارسال العلق فلا يحتاج له الا فى معالجة
الالتهاب الاعورى فانه فى هذا الشكل من الالتهاب المعوى يحصل من
ارسال عشر علقات الى عشرين على الجهة اليمنى السفلى من البطن
واستطالة النزيف بواسطة الضمادات الفاترة راحة عظيمة جدا بل و يجوز
تكرار ذلك عند ثوران الالم ثانيا واستعمال التبريد ناجح كذلك كما ذكرنا
ذلك فى الهيضة الافرادية وله تأثير جيد خصوصا فى أشكال النزلة المعوية
التى يكون فيها الاحتقان المعوى عظيما جدا ومصحوبا بافراز غزير كما انه نافع
فى اشكال الالتهاب المعوى النزلى الشديد الذى يظهر عقب الحرق الممتد
ويكون مصحوبا بآلام شديدة وأجود طريقة فى استعمال التبريد يكون
بواسطة وضع رفائد مبتلة بالماء البارد منعصرة عصرا جيدا و يكرر وضعها
على البطن فى ازمنة قصيرة وأما فى شكل النزلة المعوية المزمنة خصوصا
المصحوبة بامساك فالاوفق فيها استعمال وضعيات منبهة مدفئة سيما

استعمال وضعيات بريسنيز (أعنى الرفائد المبتلة التى تترك على البطن حتى تسخن) فيؤمر المريض اما بوضع هذه الوضعيات الباردة التى تغطى بحزام جاف ليلا او تترك على البطن حتى تسخن اولا تغير طول النهار الا مرتين او ثلاثة وفى شكل النزلة المعوية المصحوبة بافراز من مواد مخاطية لزجة تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المياه المعدنية والينابيع الطبيعية التى أوصينا بها فى الشكل المشابه لذلك فى النزلة المعدية المزمنة وكذا الجواهر القابضة لاسيما نترات الفضة والتنين فانهما بتأثيرهما القابض يلطفان استرخاء الغشاء المخاطى وينقصان احتقانه وبذلك يكونان مطابقين للدلالات العلاجية المرضية وينضم لهذين الجوهرين الجيدى التأثير خصوصا نترات الفضة الذى يستعمل بنجاح عظيم فى النزلة المعوية المزمنة عند الاطفال بمقدار صغير جدا الكاد الهندى وصمغ الكينو وجذر ساق الحمام وجذر الكسكرلا (اى قشر العنبر) ونحو ذلك غير ان الامور التى تجوز استعمال أحد هذه الجواهر الدوائية وتفضله على غيره فى الاحوال المختلفة لم تزل مبهمة علينا والعادة ان يستعمل أحدها بعد الآخر ان لم يثمر الاول واستعمال القوابض على شكل الحقن لا يوصى به الا فى أحوال النزلات المعوية التى مجلسها المعى الغليظ فان الحقن ولو العظيمة لا تجاوز الصمام الاعورى اللفائفى مطلقا فلا تصل الى المعى الدقاق وفى أحوال التقرحات المعوية الجرابية يوصى باستعمال حقن من نترات الفضة (من قمحتين الى أربعة فى ست أواق من الماء) او كبريتات الخارصين او التنين (نصف درهم على ست أواق من الماء) فانها أحسن واسطة علاجية فى ذلك لكن يتأسف من عدم تحمل استعمالها فى جميع الاحوال

وأما المعالجة العرضية فتستدعى فى جميع الاحوال التى فيها لا يعتبر الاسهال ظاهرة حميدة بل ظاهرة خطرة مقاومة هذا الاسهال وعلى الطبيب أن يعرف فى جميع الاحوال الوقت الذى فيه ينبغى قطع الاسهال فانه لا توجد قاعدة عامة فى ذلك والعادة ان يجتهد ابتداء فى الحصول على ذلك بواسطة التدبير الغذائى فيؤمر المريض باستعمال المشروبات الغروية كغلى الشعير والرز أو القمح مع تعاطى الشرب من الرز او العجين المخبوز المجفف وأما نجاح

أمراق الضأن الدسمة في ايقاف الاسهال كما تعتقده العوام فأمر غير محقق وزيادة على هذه المشروبات الغروية تستعمل مشروبات علاجية قليلة القبض كالنبيذ الاحمر ومغلى جوز البلوط المحمص (أعنى قهوة البلوط) ونحو ذلك من المشروبات القابضة وهذه الوسايط الخفيفة تكفي في كثير من الاحوال الخفيفة لقطع الاسهال واما في الاحوال الثقيلة فينبغي فيها لقطع الاسهال استعمال الجواهر المضادة له التي سبق ذكرها كنترات الفضة في الاسهالات المزمنة للاطفال والكادا الهندي (درهمين في ست أواق من سائل غروي يعطى منه كل ساعة اوساعتين مل ملعقة معتادة) في الاسهالات المزمنة للبالغين فان لهما تأثيرا جيدا الى الغاية واما خلات الرصاص فتأثيره غير أكيد زيادة عن خطره فلا حاجة لكثرة استعماله وأجود الوسايط العلاجية لقطع الاسهال واكثرها نجاحا واستعمالا الافيون ولو أننا لانعلم كيفية تأثيره في ذلك معرفة جيدة ولذا متى كان هناك خطر من وجود الاسهال واستمراره واقتضى الحال قطعه بسرعة ينبغي استعمال صبغة الافيون البسيطة او الزعفرانية (من جرام الى نصف درهم في ست اواق من محلول غروي) او منقوع خفيف من عرق الذهب يعطى منه للمريض مل ملعقة كل ساعة واستعمال الافيون على شكل حقن جيد الثمرة ايضا كاستعماله من الفم

(تنبيه) من هذا القبيل مايستعمل بكثرة في هذا العصر تحت نترات البزموت اما على هيئة مسحوق او القشطة البزموتية وينبغي ان يكون استعماله هنا بمقدار عظيم اعنى من جرامين الى ثمانية فازيد وتأثيره في مثل ذلك ينسب ولابد الى رسوبه على سطح المعى المتغير وتكوينه لطبقة حافظة تمنع من التأثير المهيج لمتحصل المعى المار عليها

واما التغير المعوى التيفوسى فليس هو الاعبارة عن تغير غير قار على الدوام من جملة التغيرات التى تعترى الجسم المصاب بالتيفوس وليس من الممكن شرحه على انفراده بدون شرح جميع المرض التيفوسى وزيادة على ذلك ان التغير المعوى التيفوسى عبارة عن نتيجة التسمم النوعى الذى يعتبر اصليا في التيفوس ولهذين السببين سنشرح التغير المعوى عند الكلام على

وينعكس ذلك بالنسبة للتغير المعوى الذى يشاهد فى الهيضة الآسية وفى الدوسنطاريا الناتجة عن مؤثرات ميازماتيـة فان التغير المعوى فى كل من هذين المرضين قارفلا يفقد ابدا وجميع اعراض كل من هذين المرضين يمكن نسبته للتغير المعوى ففى هذا المبحث وان لم نتكلم الاعلى الهيضة الافرادية والدوسنطاريا الغزلية ولم نتعرض للتكلم على الدوسنطاريا الوبائية والهيضة الآسية وأخرنا ذكرهما الى مبحث الامراض التسممية فما ذاك الا ارتكانا على معرفة الاحوال السببية لهذين المرضين وانهما من هذه الحيثية يعتبران من جملة الامراض التسممية العامة

(المبحث الثانى)

(فى القرحة الاثنى عشرية الثاقبة)

جميع الاحوال المرضية المذكورة فى المنشورات الطبية والرسالات المذكورة فى بعض كتب علم الامراض الباطنة المختصة بامراض الاثنى عشرى اوالمعى وخصوصا أحوال قروح هذا العضو الثاقبة كانت متشتتة وغير مرتبة والفضل فى ترتيبها وشرح هذا المرض شرحا شافيا للمعلم (كروس) بحيث يمكننا الآن مع البيان ذكر هذا المرض الذى هو ليس نادر الحصول

(كيفية الظهور والاسباب)

قد اتضح الآن من الشرح المطابق للتغيرات التشريحية لهذا المرض واعراضه وسيره وانتهائه ان كيفية حصول القرحة الثاقبة للاثنى عشرى كحصول القرحة الثاقبة المعدية يعنى ان هذه القرحة ليست ناتجة عن تقرح مخصوص بل ناتجة عن موت وتنكرز بعض اصفار الغشاء المخاطى والتأثير المذيب للعصير المعدى على هذا الصفر المتنكرز من المعى

ويعسر علينا ذكر شئ أكيد بالنسبة لكثرة حصول القرحة الاثنى عشرية اوقلته فانه كثيرا ما تحصل القروح الاثنا عشرية وتشفى قبل ان يحصل عنها ثقب كما انه كثيرا ما لاتنظر أثر هذه القروح الالتحامية فى الجثة ولا يلتفت لها وقد شاهد المعلم (ويلج) فى الف صفة تشريحية قرحات فى محل

الصفات التشريحية في (براج) حالتين من القرحة الاثنى عشرية الثاقبة مع كونه شاهد من القروح المعدية الثاقبة أربعا وسبعين حالة منها ماهو ملتصم ومنها ماليس كذلك ويظهر أن القرحة الاثنى عشرية الثاقبة على العكس من القرحة المعدية الثاقبة اكثر حصولا في الرجال دون النساء ولم تشاهد مطلقا في سن الطفولية واغلب المرضى الذين شاهدهم المعلم (كروس) كانوا في السن المتوسط ولايتأكد من الاطلاع على المشاهدات المذكورة ان القروح الاثنى عشرية لها اسباب متممة مخصوصة لاسيما الحرق الممتد على الجلد

(الصفات التشريحية)

الغالب ان يكون مجلس القرحة الاثنى عشرية الجزء العلوى المستعرض من هذا العضو وقد شوهد مجلسه في بعض الاحوال النادرة في الجزء النازل من هذا العضو وشوهد في حالة واحدة في الجزء المستعرض السفلى له وذكر المعلم (ليبرت) ان القرحة الثاقبة تشاهد في جميع امتداد المعى وان كان نادرا وفي الاحوال الحديثة من هذا المرض تكون حوافي هذه القرحة مقطوعة قطعا منتظما وليست منتفخة ونقد الجوهر في الغشاء المخاطى اكثر منه في الطبقة العضلية وفي هذه الطبقة أكثر منه في الطبقة المصلية والقروح المزمنة تكون حوافيها ثخينة متيبسة بسبب التكونات الخلوية فيها وفي بعض الاحوال تكون الاعضاء المجاورة قاع القرحة الاثنى عشرية فيما اذا كان حصل التصاق قبل تمام التثقب وذلك كسطح الكبد او البنكرياس او الحوصلة المرارية وقد يحصل عقب تثقب هذا العضو الاخير وتآكله على التدريج استطراق ناصورى بين الحوصلة المرارية والاثنى عشرى وقد تلتحم القرحة الاثناعشرية الثاقبة كالقرحة المعدية ويعقبها اثرة التحام كثيرة الانكماش احيانا وهذا يؤدى لتضايق الاثنى عشرى كما انه قد يحصل من ذلك الالتحام تضايق في القناة الصفراوية

(الاعراض والسير)

قد ذكرنا بعض أحوال عند الكلام على القرحة المعدية المستديرة فيها يكون كل من الالتهاب البريتونى القتال والقىء الدموى الخطر هو العلامة الوحيدة الابتدائية التى يمكن بها تشخيص هذا المرض الخطر ويظهر أن

القرحة الاثنى عشرية الثاقبة تختفى أعراضها اكثر من أعراض القرحة المعدية الثاقبة وتبقى كامنة الى حين حصول الانثقاب المحزن ولا يترتب على ماذكرناه أن المرضى تبقى فى حالة صحة مستمرة الى حين الانثقاب المذكور بل لابد وأن يحصل عندهم اضطرابات فى الهضم واحساس بامتلاء وضيق فى القسم الشراسيفى يزداد عقب الاكل وتألم فى هذا القسم يزداد بالضغط وجميع هذه الظواهر تسبق حصول التقايئ الدموى او التثقب المعوى ولكن فى الغالب لا يهتم المرضى بها ولا يتمكن الباحث الوقوف على حقيقة تشخيص هذا المرض وفى احوال اخرى قد تكون الاعراض المصاحبة لسير هذا المرض عين الاعراض التى تصاحب التثقب المعدى وتكون واصفة له وذلك كالالم المعدى والقيء الدموى الذى يحصل زمنا فزمنا وقد اتضح من مشاهدات الاحوال المعلومة لنا عدم صحة أن كلا من الالم المعدى والقيء يتأخر حصوله فى احوال القرحة الثاقبة الاثنى عشرية عن القرحة الثاقبة المعدية كما اتضح ايضا انه يندر ان يكون مجلس الالم ساقطا الى الجهة اليمنى والسفلى من القسم الشراسيفى و زيادة على ذلك لا يحصل اليرقان بكثرة فى احوال القرحة التى نحن بصددها بحيث ان التشخيص التمييزى للقرحة المذكورة ليس له سند يتمكن اليه وانما الذى يتضح من ندرة اصطحاب القرحة الاثنى عشرية الثاقبة باليرقان هو ان هذه القرحة كالقرحة المعدية لا تصطحب على الدوام بل ولا فى الغالب بتغيرات نزلية فى الغشاء المخاطى ولو كان هذا الاصطحاب كثير الحصول لاضطربت التغذية بسرعة فى القرحة المعدية واصطحبت القرحة الاثنا عشرية كثيرا بانسداد فى القناة الصفراوية واحتباس فى الصفراء وامتصاصها (اعنى باليرقان) وعلى هذا فمتى حصل التهاب بريتونى فجائى عقب اضطراب خفيف فى الهضم لا يمكننا الحكم القطعى بانه حصل تثقب فى قرحة معدية او اثنى عشرية كما انه لا يمكننا قطع الحكم فى ذلك عند مشاهدة مجموع الاعراض السابق ذكرها أعنى الاحساس بالضغط والامتلاء فى القسم الشراسيفى عقب الاكل وازدياد حساسيته والآلام المعدية والقيء ونحو ذلك انما هو من حيث ان القرحة المعدية أكثر حصولا من القرحة الاثنى عشرية فالغالب ان يكون مجلس القرحة المعدة

لا الاثنى عشرى وبالجملة فقد ذكرت أحوال مرضية فى كتب الطب فيها اصطحبت القرحة الاثناعشرية بألم يأتى على نوب واستنتج من كون مجلس هذه الآلام فى الجهة اليمنى من القسم الشراسيفى ومن حصولها بعد الأكل بثلاث أو أربع ساعات ومن فساد الهضم الحمضى ومن عدد المعدة الواضح جدا أن المريض مصاب بقرحة اثنى عشرية على غلبة الظن ومع ذلك ففى مثل هذه الاحوال لا يمكن التمييز بين التضايقات البسيطة والتضايقات السرطانية للبواب

وحيث انه يعسر علينا التمييز بين القرحة المعدية المنفتحة والتى شفيت وخلفتها اثرة التحام فلابد وان يتعذر علينا عدم التمييز بين القرحة الاثنى عشرية المنفتحة واثرة الالتحام التى شفيت والالتهاب البريتونى الذى ينشأ عن تثقب القرحة الاثنى عشرية يتصف ببعض الظواهر التى تحصل من تثقب القرحة المعدية غير انه يظهر انها اسرع منه فى السير وماذلك الا بسبب اختلاط المواد الصفراوية بالمواد المنسكبة فى البطن

(المعالجة)

معالجة القرحة المعدية الثاقبة تستدعى عين الوسايط التى ذكرناها فى معالجة القرحة المعدية كتنظيم التدبير الغذائى واستعمال مياه الينابيع الطبيعية القلوية أو القلوية الملحية خصوصا المياه الفاترة القلوية كينابيع (كرلوس باد) و (امس) وكذا تستعمل فى بعض الاحوال نترات البزموت او نترات الفضة من الباطن وعند وجود آلام معدية شديدة تستعمل المخدرات

(المبحث الثالث)

(فى تضايق القناة المعوية وانسدادها)

الاجود شرح جميع التغيرات المتنوعة التى تحدث تضايقا أو انسدادا فى المعى فى مبحث واحد فان معظم الاعراض التى تنتج عنها واحدة

(كيفية الظهور والاسباب)

تضايق المعى أو انسداده قد يكون أولا ناتجا عن ضغط وأ كثر ما يحصل من ذلك ضغط المستقيم بواسطة انقلاب الرحم أو اورام فى الحوض كاورام

الرحم الليفية او الاكياس المبيضية التى تشغل عند ازدياد حجمها محلا غير اعتيادى أو الاورام أو الخراجات التى ينبوعها عظام الحوض اوغيره من الاعضاء وقد يضغط بعض أجزاء من المعى الممتلئة بالمواد السفلية او المكابد للاستحالة السرطانية على أجزاء معوية كائنة أسفل منها كما ان الضغط قد يكون واقعا من جزء مساريقى منجذب الى أسفل بواسطة عروة معوية منحصرة فى كيس فتقى على بعض أجزاء المعى الكائنة بين هذا الجزء المساريقى والعمود الفقرى

ثانيا قد يكون تضايق المعى ناتجا عن تغير مادى فى الجدر المعوية كما هى اغلب أشكال التضايق المعوى وأكثرها حصولا ما ينشأ عن التحام القروح المعوية سيما القروح النزلية والجرابية والدوسنطاريا وينـدر أن ينتج التضايق المعوى عن التحام القروح الدرنية ولا يحصل أبدا عقب القروح التيفوسية وقد تشاهد تضايقات ندبية فى المستقيم عقب التحام قروح زهرية اوجروح فيه ويندر جدا مشاهدة التضايق البسيط فى المعى اى الناتج عن مجرد ضخامة فى جدره كما يشاهد ذلك أحيانا فى المرىء او البواب وقد يحصل التضايق المعوى من تولدات مرضية جديدة سيما التولدات السرطانية وسيأتى ذكر ذلك

ثالثا قد يكون انسداد المعى عن التوائه على محوره فان التواء المعى ولو نصف التواء يكفى فى ازالة تجويفه وحصول الانسداد يتم اما بالتواء الجزء المعوى على محوره واما بالتفاف المساريقا بتمامها أو جزء منها مع العروة المعوية المرتبطة بها واما بالتفاف احدى العرا المعوية مع الجزء المساريقى المرتبط بها على عروة معوية أخرى ومما يهيئ لحصول الالتفافات المعوية على محورها كثرة طول المساريقا واسترخاؤها

رابعا قد يكون انسداد المعى عن اختناق باطنى ويحصل ذلك متى دخلت احدى العرا المعوية فى ثقب فى التجويف البطنى او اندفعت خلف رباط متوتر فيه واحتبست بذلك فقد يختنق جزء معوى فى ثقب (ويترلو) اوفى ثقب عارض اوخلقى فى الثرب أو فى المساريقا والغالب ان تكون الاجلحة التى تؤدى للاختناق الباطنى بقايا التهاب بريتونى حصل من قبل وقد توجد بين

الاعضاء المختلفة خصوصا بين الرحم والاعضاء المحيطة به وقد تلتف احدى العرا المعوية حول الثرب المتوتر المثبت فى الاسفل او حول المعلقة الدودية الملتصق طرفها به فتختنق بسبب ذلك

خامسا قد ينسد المعى عقب اندفاع جزء معوى فى تجويف الجزء التالى له والغالب ان يحصل هذا الاندفاع من أعلى الى أسفل و يسمى ذلك بالتغمد المعوى واذا حصل انسداد المعى عقب انعطاف جزء معوى على نفسه سمى ذلك بالتداخل المعوى ومتى وقع التداخل المذكور تراكم ثلاث طبقات من المعى على بعضها فالطبقة الظاهرة أو العليا تسمى بالغمد والوسطى والباطنة يسميان بالمتغمدتين فالطبقة الظاهرة والوسطى يتلامسان بسطحيهما المخاطيين والوسطى والباطنة يتلامسان بسطحيهما المصليين ويوجد المساريقا متوسطة بين الطبقة الوسطى والباطنة وحيث انها مثبتة لقاعدة تجذب انجذابا شديدا عند تداخل المعى فيجذب الجزء المثبتة فيه بانجذابها فيكتسب الجزء المعوى المتغمد شكلا منحرفا وفتحته تتحول من المركز نحو جدار الغمد فتكتسب شكل شق ضيق منجذب وبواسطة توارد المواد المحتوى عليها المعى يندفع الجزء المتغمد الى أسفل تدريجا وأما الجزء المعوى الظاهر فيزداد انعطافه والتداخل المعوى يشاهد فى المعى الدقيق والغليظ ولا يندر ان يوجد الجزء السفلى من المعى الدقيق متداخلا فى المعى الغليظ وهناك أحوال شوهد فيها الصمام اللفائفى الاعورى قريبا جدا من الشرج او بارزا منه ثم ان التداخلات المعوية تنشأ غالبا مدة سير الاسهالات المزمنة وكيفية حصولها على غلبة الظن ان جزأ من المعى ينقبض انقباضا قويا بالحركات الديدانية ويستطيل مع ذلك ويتجه نحو الامام كدودة سابحة فيدخل بقدر ما تسمح له ذلاقة البريتون وتثبته بالمساريقا فى جزء معوى آخر أسفل منه غير منقبض بتلك الحركات فعند ذلك ينجذب جزء من هذا الاخير تبعا للاول وينعطف وبواسطة حركات ديدانية جديدة يزداد اندفاع الجزء المتغمد من المعى فى الجزء الظاهرى المتغمد له الى ان يقف اندفاع الجزء الباطنى المذكور بواسطة مقاومة المساريقا أو بالتصاق القنوات المتداخلة فى بعضها وقد يشاهد تداخل معوى او تداخلات معوية قصيرة

فى جثة الاطفال سيما الهالكين عقب الاستسقاء الدماغى لكن هذه التداخلات تعتبر ظواهر رمية حصلت عند النزع كما يثبت ذلك فقد الظواهر الالتهابية والظاهر ان حصولها قد يكون ناتجا عن انقباضات معوية غير منتظمة بها تدخل الاجزاء المنقبضة من المعى فى الاجزاء المتسعة منها ثم انه من أمر ينبغى ملاحظته وهو انه قد تشاهد انقباضات معوية ظاهرة من خلال الجدر البطنية عند بعض الحيوانات قبل موتها بقليل وذلك بعد حصول شلل فى المجموع الدماغى الشوكى

سادسا قد ينسد المعى بواسطة المواد الثفلية الجافة الصلبة المتراكمة فيه او تجمعات حجرية متكونة فى مواد ثفلية متكاثفة ورواسب من أملاح فوسفاتية وكلسية والانسداد الناشئ عن ذلك قد يكون تاما بالكلية والاعراض التى تظهر مدة الحياة تكون خطرة جدا كما فى الالتواء المعوى والاختناق الباطنى والتداخلات المعوية والاحوال التى فيها زال كل من تقايئ المواد الثفلية والامساك المستعصى بواسطة تعاطى الزئبق المعدنى بكمية عظيمة وغير ذلك من الوسايط القوية لا ينبغى اعتبارها أحوال شفاء للاختناق المعوى الباطنى بل دالة غالبا على ان احتباس المواد الثفلية ينتج عنه مجموع الاعراض المعبر عنها بالقوانج ومغص (رب ارحم) والانسداد الكلى للمعى بواسطة المواد الثفلية المتراكمة قد يشاهد فى الحال التى فيها عائق ميخانيكى يعوق دائما سير متحصل المعى فيه او يبطئه وذلك كما على محال انثناء المعى او التصاقاته التى سبق الكلام عليها فى المبحث السابق وكما على الاصفار المنضغطة من المعى وأعلى التضايقات المختلفة منه ويظهر فى أحوال أخرى ان ضعف حركات الطبقة العضلية من المعى او تناقص افرازها المخاطى يعين على تجمع المواد الثفلية السادة له وقد ينشأ هذا الشكل من الانسداد المعوى عن الافراط من تعاطى المواد الغذائية التى تتكون عنها مواد ثفلية بكثرة كتعاطى البقول او الخبز المحتوى على كثير من النخالة او من تعاطى الهليون غير جيد التقشير

(الصفات التشريحية)

أما شرح الاورام المختلفة التى يمكن ان تضغط على المعى فيخرج جناعن

الموضوع والكلام على الصفات التشريحية للتضايقات المعوية يذكر فى مبحث التغيرات المرضية التى تنتج عنها وتغيرات أوضاع المعى المؤدية لانسداده قد سبق الكلام عليها فى هذا المبحث

ويوجد المعى أعلى محل التضايق متمددا تمددا عظيما عادة ومتمرجا تمرجا عظيما بسبب استطالته وهذا الجزء من المعى تكون جدره ذات ضخامة وتجويفه ممتلئا بالغازات والمواد الثقلية ويوجد المعى أسفل محل التضايق فارغا ومنطبقا على بعضه والغشاء المخاطى فى المحال المجتمع فيها المواد الثقلية زمنا طويلا يوجد بحسب العادة ذا التهاب نزلى مزمن يشور زمنا فزمنا فينتقل الى الحالة النزلية الحادة وعند انسداد المعى تنضغط اوعيته وأوعية المسار يقا وتتوتر فينتج عن ذلك احتقان عظيم فى الاوعية الشعرية يؤدى لحصول انتفاخ عظيم فى جدر المعى والتهاب نزلى شديد فى غشائها المخاطى وارتشاح مصلى فى الطبقة المصلية وأنزفة قليلة فيها والغالب ان ينضم لهذه التغيرات التهاب بريتونى كثيرا لامتدادا وقليله ثم اذا بقى الضغط الواقع على الاوعية وتوترها نتج عن ذلك ركود الدم فيها ركودا تاما ووقوع الجدر المعوية فى الغنغرينا

وفى هذه الحالة يمكن ان ينشأ عن ذلك تثقب فى المعى يكاد يؤدى الى الهلاك عقب الالتهاب البريتونى الثقيل وهناك أحوال نادرة فيها تكون جدر المعى قبل التثقب ملتصقة بجدر البطن وحينئذ يمكن ان ينتج عن ذلك ناصور برازى او شرج غير طبيعى وشرح ذلك منوط بعلم الجراحة ثم انه فى التداخل المعوى يمكن ان يحصل شفاء نسبى من موت الجزء المتغمد وانفصاله ثم سقوطه من الشرج وذلك متى حصل التصاق متين بين الغمد وجزء المعى المتداخل فيه قبل الانفصال المذكور غير ان هذا الجزء يبقى دائما ذا تضايق سيما اذا تغنغر الا الجزء السفلى من القطعة المعوية المتغمدة وينفصل ويبقى الجزء العلوى ملتصقا بالغمد نفسه بحيث تبقى جدر المعى فى هذا المحل متكونة من ثلاث طبقات معوية متلاصقة

(الاعراض والسير)

أهم عرض للتضايق المعوى صعوبة التبرز وبطؤه لكن حيث ان كثيرا

من الاشخاص بعتريهم ماذكر بلاعائق ميخانيكى مانع لمرور متحصل المعى لابأس أن نتكلم هنا مع الاختصار على هذا الامسالى الاعتيادى فنقول

الامسالى الاعتيادى هو عبارة عن بطء وصعوبة فى التبرز وهو فى الحقيقة حالة نسبية اى مختلفة باختلاف الاشخاص كما ذكره الشهير (هينوخ) فى كتابه المتعلق باكلينك الامراض البطنية عند شرحه لاسباب الامسالى واعراضه مع الايجاز فقد جرت العادة ان بعض الاشخاص لا يحصل عندهم تبرز الا فى كل يومين او ثلاثة مرة وهم مع ذلك فى صحة جيدة واذا تكرر عندهم التبرز زيادة عن ذلك رؤيت صحتهم فى اضطراب وان بعض الاشخاص تضطرب صحتهم ويتمرضون اذا لم يحصل لهم تبرز فى كل يوم مرة او مرتين وسبب ذلك قلة تكون البراز عند هؤلاء لتعاطيهم مطعومات لا تحتوى الا على قليل جدا من المواد غير القابلة للهضم اولانه يتم عندهم تماثل العناصر الغذائية تماثلا تاما واما الآخرون فيكثر عندهم تكون البراز اما لتعاطيهم مطعومات تحتوى على كثير من المواد غير القابلة للهضم اولاضطراب قوة الهضم عندهم وقد يحصل الاختلاف المذكور فى أناس يتعاطون مطعومات متماثلة وقوة الهضم فيهم متماثلة كذلك وهم مع ذلك يتفاوتون فى عدد مرار التبرز التى يحتاجون اليها لحفظ صحتهم وهذه الظاهرة الاخيرة يعسر عليه توجيهها توجيها شافيا ويمكن ان يقال ان ذلك متعلق فى أغلب الاحوال بان تهيج الغشاء المخاطى المعوى عند بعض الاشخاص بواسطة تراكم المواد الثفلية ومتحصلات انحلالها يؤدى لحصول النزلة فى هذا الغشاء وعند آخرين يبقى هذا الغشاء سليما لقلة تأثره وفى هذه الحالة الاخيرة لا يتكون فى المعى المتراكمة فيه المواد الثفلية الا قليل من الغازات فلا يتوتر البطن ولا ينتفخ ولا يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى ولو تأخر التبرز يومين او ثلاثة او اكثر واما الحالة الاولى فيتكون فيها غازات بكثرة بسبب سهولة انحلال متحصلات المعى عقب تأثير المواد المخاطية الملتصقة بجدر المعى تأثيرا خميريا فى المتحصلات المذكورة فتفسدها وحينئذ ينتفخ البطن انتفاخا عظيما حتى ان احتباس المواد الثفلية ولو قليلا ينشأ عنه المكابدات والاعراض التى شرحناها

فى المبحث السادس ولنضف للشرح المتقدم ذكر بعض الاعراض المتعلقة بوجود تراكم المواد الثقلية فى الجزء السفلى من المعى سيما فى التعريج السينى والمستقيم فنقول يوجد احيانا عند بعض المرضى احساس بعدم الراحة عقب التبرز وذلك انهم يحسون ببقاء بعض مواد ثقلية فى المعى كان ينبغى خروجها احساسا باضراره يحدث عنه هم قلقا و يصيرهم ذوى كآبة وكثيرا ما ينضم لذلك اعراض أخرى ناتجة عن الضغط الواقع من المعى الممتلئ على الاوعية والاعضاء المجاورة له و يندر ان يؤدى هذا الضغط الواقع على الاوردة الحرقفية انتفاخا اودعاوى فى الاطراف السفلى والغالب ان تشكى المرضى المصابة بالامساك الاعتيادى ببرودة فى الرجلين وهذه الظاهرة المتعبة تنتج عن عوق رجوع الدم من الاطراف السفلى بلا شك كما انه ينتج عن الضغط الواقع على الاوردة الحرقفية الباطنة تمددات وعائية فى جدر المستقيم غالبا وعزق فى جدر الاوعية المتمددة المذكورة زمنا فزمنا يعقبه حصول سائل باسورى والعامة تبالغ فى منفعة التمددات الدولية الباسورية والسائل الخارج منها زاعمين ان هذا هو السبب فى عرضها الا انه نتيجة له وبهذه الكيفية يحصل أيضا عائق فى سير الدم الآتى من الشبكة الاستحيائية عند الرجال او الوعائية الرحمية عند النساء ولذا يكاد يشاهد دائما عند النساء اللاتى يعتريهن امساك اعتيادى علامات احتقانات رحمية تتضح من ظهور الطمث الغزير والنزلات الرحمية وتؤدى فيما بعد الى حصول اضطرابات غذائية قوية فى الرحم غالبا وبهذا يتضح سبب شهرة منفعة حبوب مورسون وجودة تأثيرها فى اضطرابات الحيض والسيلان الابيض عند النساء وكذا يكثر ان يشاهد عند الرجال الذين يعتريهم امساك اعتيادى بسبب عوق رجوع الدم من الشبكة الوعائية الاستحيائية انعاظ وفيضان منوى يوقعهم ذلك فى فزع عظيم مع ما كانوا عليه من الكآبة من قبل وبالجملة فقد يحدث الضغط الواقع على الضفيرة العجزية من المعى الممتلئ آلاما عصبية فى الاطراف السفلى او احساسا بثقل فيها وهو الغالب ثم ان أسباب الامساك الاعتيادى غير الناتج عن انحناآت او التصاقات او تضايقات معوية مختلفة الشكل غير واضحة لنا ووجود الامساك الاعتيادى عند النساء أكثر منه فى

الرجال ولا يندر في المراهقين والظاهر انه غالبا ناشئ من بط في حركات المعى لكن لا يمكن الوقوف على حقيقة سبب هذا البط وقد ينتج هذا الامساك عن الاعتيادات الرديئة من حبس البراز زمنا طويلا واحتباسا قهريا ولذا عدوا المعيشة الجلوسية كوظائف أكثر العلماء وبعض الصناع من أسباب هذا الامساك ومع هذا لم يثبت ان كثرة الرياضة تؤثر جيدا في سهولة التبرز كما قيل فان المصابين بالامساك المذكور لم تثمر عندهم تلك الرياضة وحدها وان أكثروا منها أي لم تؤثر فيهم سهولة التبرز المأمولة لهم بالرياضة وقد يكون هذا الامساك ناشئا عن حالة نزلية مزمنة في المعى تؤدي ولو مع سعة الجدر المعوية الناشئة عنها الى حالة قريبة من الشلل في طبقتها العضلية كما ذكرنا ذلك في النزلة المعدية ولذا يعتري الاشخاص الشرهين في المأكل امساك اعتيادي غالبا وقد نسب بعض المتأخرين من الاطباء هذا الامساك لضعف في قوة عضلات البطن وذكر أحوالا فيها حصل من تمرن العضلات المذكورة تمرنا تدريجيا قوة في حركات الزحير وشفاء في الامساك المذكور ومن الاسباب المضرة كضعف فعل العضلات البطنية المذكور تمدد الجدر البطنية تمددا زائدا عن الحد واسترخاؤها كما يشاهد ذلك عند النساء عقب الولادة المتكررة سيما لولادة التوأمية فان مثل هؤلاء النساء اللاتي تكون عندهن الجدر البطنية رقيقة جدا حتى انه يكاد يحس بالاحشاء من خلالها يعتريهن على الدوام امساك اعتيادي والواقع ان مثل هؤلاء لا يكون عندهن قوة على الزحير لكن يشاهد فيهن علامات الامتلاء الدموي البطني والنزلة المعوية المزمنة اللتين بهما فقط يمكن توجيه تعسر التبرز

وحيث ان الامساك الاعتيادي ينشأ عن عدة أسباب وان هذا العرض بانفراده لا يكفي في تشخيص التضايق المعوي فكيف يعرف ان التضايق المعوي وحده هو السبب الناتج عنه الامساك ومعرفة ذلك تنبني على اعتبارات منها اعتبار مواد التبرز فانها في أشكال الامساك الاعتيادي غير الناشئ عن التضايق المعوي تخرج على شكل متباري ذي قطر غليظ جدا غالبا وأما في الامساك الناشئ عن تضايق المعى سيما الذي محلسه الجزء السفلي منه فان مواد التبرز فيه تكون مستدقة القطر على هيئة متبار دقيق في

غلظ الخنصر او قطرها مستديرة كبعر الغنم ومع أهمية هذا العرض في تشخيص التضايق المعوى ينبغي ان لايذهب عن الطبيب أنّ مثل هذا التضايق يشاهد عقب الجوع المستطيل وعقب الامراض المستطيلة فان المعى الفارغ الذي ينقبض على بعضه في أثناء هذا الزمن يظهر أنه لايعود الى قطره الاصلي الاتدريجيا وكذا الانقباض التشنجي للعضلة العاصرة والمواد الثفلية الناشئة عن ذلك في بعض الاحيان يشبه شكلها شكل المواد الثفلية المذكورة فلا ينبغي الحكم بوجود تضايق معوى الامتى تحقق عدم وجود الحالتين المذكورتين أخيرا ومن الامور التي يعتمد عليها في تشخيص تضايق المعى البحث عن تاريخ المرض فقد ذكرنا ان أكثر التضايقات المعوية حصولا ماينشأ عن انقباضات ندبية التهابية ولذا يغلب على الظن ان المريض مصاب بتضايق معوى متى شوهد امساك اعتيادي مواد الثفلية ذات شكل مخصوص عند من كان مصابا بالدوسنطاريا المستطيلة المدة اوعقب اسهال كان مصحوبا بتقرح في المعى كما انه يتيسر للطبيب في أحوال أخرى من معرفة تاريخ المرض الجزم بوجود انقلاب في الرحم أو ورم آخر في الحوض ضاغط على المعى ومضيق له ومن المهم جدا في الوقوف على حقيقة التشخيص البحث الطبيعي فان انتفاخ جزء محدود من البطن ووجود صوت طبلي في محل الانتفاخ المذكور يدل على وجود جزء معوى متمدد على صفر متضايق من المعى بشرط ان تكون هاتان العلامتان مستمرتين بحيث تشاهدان عند تكرر البحث وبالجملة ينبغي أيضا عدم الاهمال في البحث عن المستقيم بالدقة متى ظن بوجود تضايق معوى فمتى لم يتيسر العثور على التضايق بواسطة الاصبع وجب استعمال قساطير مرنة وليحترس الطبيب عما يوقعه في الخطا من عثور القساطير المذكورة على التحدب العجزي او على ثنية معوية تمنع من دخولها في المعى ومن الانقباضات التشنجية للمستقيم وقت البحث المذكور فانها قد توقع الطبيب غير المتمرن في الخطا ومن المهم جدا لاجل الوقوف على حقيقة التشخيص عند النساء التأكد من حالة الرحم ووضعه وحجمه بواسطة البحث عن المهبل او عن وجود أورام في الحوض

وأما اعراض التضايق المعوى المفزعة جدا المهددة للحياة عند تقدم سير هذا المرض فقليلة الوضوح فى الابتداء غالبا وغير خطرة فى الظاهر وذلك ان المرضى يحسون بانتفاخ خفيف فى البطن ومغص يظهر ظهورا دوريا ثم يزول ويظنون ان عندهم تكدرا فى الهضم فيتعاطون من تلقاء أنفسهم منقوع البابونج أوملينا لطيفا ولا يندبون الطبيب للاستشارة كما هى العادة الا اذا لم تثمر هذه الوسايط الخفيفة وازداد الالم مع استعمالها ولم يحصل لهم تبرز أو حصل لهم تهوع او تقايؤ ومجموع هذه الاعراض يحصل منه دائما للطبيب الحاذق المتمرن فزع عظيم فأول ما يجب عليه البحث الدقيق عن جميع أصقاع الجسم التى يتأتى حصول الفتوق فيها وليحترس الطبيب من ظنه صدق المريض فى اخباره من أول الامر من انه مصاب بفتق اومن اطمئنانه بجوابه له انه ليس عنده فتق عقب السؤال منه وكما يبحث بالدقة عن جميع ماذكر يبحث أيضا عن المستقيم والمهبل للفحص عن وجود عائق مانع لمرور المواد الثفلية وعدم وجوده والطبيب ولو مع مابه من الفزع والرعب فى مثل هذه الاحوال يترجح عنده عادة أن مجموع الاعراض الموجودة عند المريض ناتج عن احتباس المواد الثفلية احتباسا مستعصيا لكنه يمكن قهره بالمعالجة اللائقة فيأمر للمريض باستعمال الحقن والمسهلات من زيت الخروع بمقدار عظيم مع اضافة قليل من زيت حب الملوك وعند مايعود للمريض ثانيا بعدما قليل من الساعات من تلقاء نفسه لفزعه عليه يجد أن مايخرج من الحقن اما قليل من المواد الثفلية من الجزء السفلى من المعى اوانه لم يحصل منه ادنى تأثير وهو الغالب اوان الحقن لم يتأت بالكلية اجراؤه اوان تعاطى زيت الخروع ولو مضافا اليه قليل من زيت حب الملوك لم يثمر بالكلية وحصل عقب تعاطيه عند المريض ازدياد فى الالام وقئ متكرر من مواد ضاربة للخضرة وان هيئته قد انقلبت فصار متغير الوجه ممتقع اللون بارد الجلد سيما جلد اليدين صغير النبض فحينئذ يتأكد الطبيب ان معى المريض مسدود بعائق قد يتأتى لصناعة الطب ازالته أو لا يتأتى ويزداد انتفاخ البطن تدريجا ويحصل عنده نوب مغص شديدة فى غاية الالم يعبر عنها المرضى بانقباضات تشنجية ويعقب نوب المغص غثيان وقئ من مواد بأخذ لونها

فى السمرة والتغير شيأفشيأ حتى تكتسب روائح المواد الثفلية وهذا يزيد فى فزع المريض ومن حوله من أقاربه وقد حصلت مجادلات عديدة فى ان انسداد المعى الدقيق هل يكون مصحوبا بخروج مواد ثفلية أولا اوان هذا لا يحصل الا اذا كان مجلس الانسداد المعى الغليظ الذى فيه يأخذ الغائط فى التكون وقد اتضح هذا التجادل بالصفات التشريحية فعلم ان متحصلات الصائم تكون ذات رائحة كرائحة المواد الثفلية سيما متى مكثت فى هذا الجزء زمنا طويلا وان فى التقايئ المعروف بالتقايئ الغائطى يندر انقذاف المواد الثفلية الحقيقية اوعدم خروجها أصلا والذى يظهر لى ان متحصل المعى الغليظ لا يمكن رجوعه من الصمام الاعورى القانونى الى المعى الدقيق والمعدة والذى يظهر ان متحصل المعى الدقيق يصل الى المعدة عند انسداده بالكيفية الآتية وهى ان انقباضات جدر المعى تدفع المواد التى لم يمكن طردها الى أسفل نحو الاعلى وعلى ذلك يتم بكيفية منتظمة بمعنى ان انقباض جزء سفلى يعقبه انقباض فى الجزء الكائن أعلاه بحركات ديدانية منتظمة هذا أمر غير مجزوم به وعلى كل حال فمن الواضح أن جميع المسهلات الشديدة تزيد فى رجوع متحصل المعى الى المعدة مادام العائق موجودا وذلك بتقويتها للانقباضات المعوية ومن المهم فى حركات القىء التى تحصل حينئذ فعل عضلات البطن فانها هى والانقباضات العضلية للجزء البوابى السبب فى قذف متحصل المعى الى الخارج ثم ان هذا المرض قد يمكث احيانا أسبوعا وأسبوعين اوأزيد مع الاعراض السابقة التى قد تكون مترددة احيانا ترددا نوبيا وفى أثناء النوب التى تسبق القىء عادة يحس او يشاهد فى البطن عروة معوية فى حجم ذراع تصعد الى أعلى ثم تنقلب فيه بحركات ثعبانية مصحوبة بقراقر واضحة فكان المعى يتصارع بقوة مع مافيه من المواد المحتبسة لكن هذه الحركات التشنجية لا تثمر فالمرضى مع تغير هيئتها بالكلية تكون ذوى حالة مفزعة فيكون اللون ترابيا اوسخا والوجه مغطى بعرق بارد والايدى باردة غير محسوسة النبض وأما الادرار البولى فيبقى غير متكدر زمنا طويلا ثم تهلك المرضى فى حالة انحطاط باعراض الشلل العمومى

هذا اذا لم ينضم لانسداد المعى سريعا اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر فان

انضم له ذلك اختلفت صورة المرض حينئذ وتغيرت فالبطن ينتفخ بسرعة عظيمة ويصير متوترا مؤلما جدا بحيث لا يحتمل أدنى ضغط عليه وحيث ان النضح الالتهابي البريتونى فى مثل هذه الحالة لا يكاد يوجد الا بين العرا المعوية المتمددة لا يتيسر معرفته بواسطة صورة القرع الفارغ فى الاجزاء المنحدرة الا نادرا والمرضى لا يكونون فى حالة قلق وضجر فى فراشهم مثل الحالة السابقة بل مستلقين على ظهورهم فى حالة سكون متجنبين للحركات بالكلية لانها تزيد تألمهم ويتواتر النبض جدا وترتفع الحرارة كذلك ويضغط الحجاب الحاجز المندفع الى أعلى على الرئة فيصير التنفس سريعا ويعوق استفراغ الدم من القلب الايمن يكتسب المريض لونا سيانوزيا ولا يندر ان تختفى بالكلية اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر اعراض انسداد المعى القليلة الوضوح السابقة الذكر حتى لا تراعى مراعاة تامة اذ يعرف الالتهاب البريتونى دون الاختناق الباطنى المعوى اى الانسداد المعوى الناتج هو عنه فعلى الطبيب حينئذ ان يتمسك بقانون عام هو انه لا يعتقد وجود الالتهاب البريتونى الروماتيزمى كما يقال الامع غاية الاحتراس وان أول شئ يتصور وجوده فى جميع الاحوال التى يظهر فيها الالتهاب البريتونى ماعدا زمن النفاس هو أما تثقب معوى او قروح او انسداد معوى حاد ومتى كان حصول هذا فجائيا ولم يكن مصحوبا بالقئ كان دليلا على وجود التثقب وأما اذا كان تدريجيا ومصحوبا بابتداء بالقئ واستمر هذا القئ مع الاستعصاء أو ظهر به مواد ثفلية دل ذلك على وجود انسداد معوى دلالة أكيدة وسير المرض فى هذا الشكل الاخير سريع جدا فانه يحصل بعد أيام قلائل انحطاط وشلل عامان والغالب ان يعقبه الموت

والغالب ان لا يعرف مدة الحياة ان مجموع الاعراض التى شرحناها ناشئ عن التواء فى المعى او اختناق باطنى او تعقد او انسداد فيه بواسطة تجمد المواد الثفلية وليس عند الطبيب أدنى علامة يعتمد عليها فى تشخيص الالتواء المعوى مدة الحياة وأما وجود الاختناق المعوى الباطنى فيعرف بالتأكد من ان المريض كان مصابا سابقا بالتهاب بريتونى فان كلا من الالجمة والاحبلة التى ينشأ عنها الاختناق المعوى غالبا يكاد يكون دائما بقايا الالتهاب

البريتونى السابق حصوله وأما التغمد المعوى فقد يظهر فى اعراضه خصوصيات بها يسهل تمييزه من بقية اشكال الانسداد المعوى وذلك انه يوجد فيه ورم شكله كشكل المنبار ذو مقاومة يسيرة عادة يحس به احيانا من خلال جدر البطن سيما اذا لم تكن هذه الجدر متوترة ولا يمكن زحزحة هذا الورم الا قليلا اولا يمكن بالكلية ويكون مؤلما عند اللمس وبالقرع عليه يكون صوت القرع غير فارغ بالكلية عادة اى ليس اصم بالكلية وفى هذا التغمد يكون الانسداد المعوى غير تام بالكلية غالبا بحيث يخرج من المريض مواد ثفلية وغازات زمنا فزمنا ويحصل زيادة عن ذلك احتقان عظيم فى العروق المعوية بسبب الضغط الواقع على اوردة ثنيتها المسار يقية احتقانا يؤدى لسهولة تمزق اوعية الغشاء المخاطى المعوى وخروج مواد دموية فقط اودموية مخاطية من الاست وهذه الظاهرة مهمة فى تشخيص التغمد المعوى عند الاطفال الذين يشاهد فيهم هذا المرض بكثرة وفى هذه الاحوال يكون كل من القولون والاعور والصاعد فى الاغلب منقلبا على الجزء السفلى من المعى الغليظ أو على المستقيم ولا يكون الامساك كليا ويندر ارتقاء القىء بحيث يصير غائطيا وانتفاخ البطن يكون عادة قليل الشدة بحيث يندر حصول التهاب بريتونى منتشر وأما الاستفراغات البرازية الدموية فقط او الدموية المخاطية فيندر ان تفقد وتشخيص التغمد المعوى يتأكد متى أمكن الوصول بالاصبع الى الجزء المعوى المتغمد ووجدت فوهة مستعرضة منقبة متجهة نحو جدر المستقيم غالبا ومتى انقذف هذا الجزء المتغمد وكانت معرفته مدركة وان كان متغيرا بسبب تغنغره واما انسداد المعى بواسطة تراكم المواد الثفلية المتيبسة فتسهل معرفته فى الاحوال التى فيها يمكن الاحساس والعثور بها فى المستقيم ومتى وجد ورم صلب فى البطن سهل التحول لا يبقى عند الطبيب شك فى انه متكون من تراكم المواد الثفلية اومن تراكمات حجرية سادة للمعى ثم اذا كان المريض اعتراه من قبل علامات تضايق المعى وارتقت هذه العلامات فجأة الى اعراض الانسداد المعوى غلب على الظن ان هذا الانسداد الفجائى ناتج من المواد الثفلية الصلبة وهذا الشكل من الانسداد المعوى تتأكد معرفته بسبب سيره الحميد وزوال

الاعراض بغتة عقب خروج كمية عظيمة من المواد الثفلية

وتشخيص الانسداد المعوي والحكم على عاقبته نستنتج مما ذكرناه فى اعراض هذا المرض وسيره

(المعالجة)

اما معالجة الامساك الاعتيادى فقد سبق الكلام عليها فى المبحث السابق عند الكلام على المعالجة السببية بقدر ما يقتضيه موضوع هذا الكتاب والا فلو ذكرنا منافع كل جوهر مسهل ومضاره تفصيلا لخرجنا عن الغرض المقصود من هذا المؤلف كما أنه لا يمكن ذكر نجاح المعالجة الجمنستيكية السويدية (وهى عبارة عن تحريض الفعل العضلى والحركات لتقوية الجسم لا سيما المجموع العضلى الخاص أو العام) فى الامساك الاعتيادى لانه ليس عندى تجارب شخصية فى ذلك ومن هذا القبيل فى استعمال الكهربائية الموصى بها فى هذا الموضع ايضا فان وضع الموصلات الكهربائية على الجدر البطنية يمكن ان يحدث انقباضا فى عضلات البطن وبتكرار استعماله تتقوى العضلات وليس لذلك ادنى تأثير فى حركات المعى ورأى من اوصى بوضع موصل جلوانى فى الفم وآخر داخل الاست لاجل ازالة الامساك الاعتيادى يعد من قبيل الهذيان

واما معالجة التضايق المعوى خصوصا الذى محلسه المستقيم فهى عبارة عن استئصال الاورام وتوسيع التضايقات وعمل شرج صناعى وذلك منوط بفن الجراحة واما التضايقات الكائنة فى جزء بعيد عن المعى فلا يمكن شفاؤها شفاء تاما لكن يقتصر على استعمال تدبير غذائى به يقل تكون المواد الثفلية بقدر الامكان وكلما اتضحت اعراض التضايق المعوى وجبت زيادة الاعتناء فى التدبير الغذائى بان يغذى المريض بالبيض والامراق القوية وباللحوم اللطيفة ذات الالياف الرقيقة جدا ومع ذلك يجتهد فى احداث استفراغات برازية مع الانتظام بالحقن والمسهلات واسهل الانسدادات المعوية معالجة شكل الانسداد المعوى الذى ينتج عن احتباس المواد الثفلية المتيبسة والتجمعات الحجرية فانه اسهل معالجة من الناتج عن تغير فى وضع المعى وهذا انما يكون فى خصوص انسداد المستقيم بواسطة المواد

الثفلية المتيبسة المتراكمة فوق العضلة العاصرة للشرج بكمية عظيمة جدا والطبيب الذى يتوقى الجس الموضعى ويتراخى فى مثل هذه الاحوال حياء منه كثيرا مايعطى المسهلات واحدا بعد آخر بلا طائل واما الطبيب الجسور الذى لايخشى المراجعة عند الاقتضاء فكثيرا مايحصل على نجاح عظيم لكن من المعلوم انه كثيرا مايلجئ الحال الى التؤدة والصبر فى احداث مسلك بواسطة الاصبع او بملعقة او جفت لاجل فتح طريق المواد الثفلية المتيبسة حتى تصل الحقن التى لايمكن استعمالها قبل ذلك بواسطة مجسات مرنة يمر بها من المواد المتيبسة ثم تفعل الحقن الملينة واصعب من ذلك معالجة الحالة التى تكون فيها المواد المتيبسة محتبسة فى جزء معوى اعلى المستقيم ومعالجة هذه الحالة ترجع لما ذكرناه فى تعميد المواد الثفلية المتيبسة المتراكمة فى الاعور وعند الكلام على معالجة الالتهاب الاعورى البرازى فيجتهد الطبيب اولا فى احداث التبرز باعطاء بعض ملاعق من زيت الخروع او مقدار عظيم من الزئبق الحلو ويمكن مساعدة ذلك باضافة نصف نقطة من زيت حب الملوك فان لم تثمر هذه الجواهر وازداد القىء عقب استعمالها وجبت المداومة على استعمال طلومبات الحقن فانه اقوى الوسايط وانجحها فى تحليل المواد الثفلية المتيبسة المحتبسة فى المعى الغليظ والوصول اليه ولا ينبغى الياس عند عدم تاثير الحقن الاولية بل تكرر مرتين او ثلاثة مدة النهار فقد شوهد بعد المداومة على ماذكر ان خرج بعد اربعة ايام مواد ثفلية صغيرة متيبسة سهلة التفتت ذات رائحة كريهة جدا مختلطة بسائل الحقن ثم خرجت كمية عظيمة من المواد المذكورة ويمكن فى حالة الياس الالتجاء الى اعطاء الزئبق السائل المعدنى من اواق الى رطل وازيد فان هذا الزئبق اذا لم يثمر غيره من الطرق العلاجية فهو يثقب بثقله المواد الثفلية المتيبسة او يدفعها الى الخارج واما التواء المعى على محوره واختناقه الباطنى فيكاد لايشخص اكيدا حتى يلجئ الى المبادرة بعملية القطع البطنى التى يبادر بها فى هاتين الحالتين ومن الجائز ان الزئبق السائل يمكن ان يعدل المعى الملتوى بثقله ويرد عروة معوية مختنقة بسبب الجذب الذى يحدثه فيها متى وصل الى قربها ومع ذلك فالاحوال التى يشاهد فيها نجاح من هذا

القيل لا تكفي الطبيب في الوقوف على حقيقة التشخيص وحيث ان المعى
يكون منعطفا من اعلى الى اسفل على الدوام في التغمد المعوى فالمسهل
لا يجوز استعماله بالكلية لانه يزيد في اندفاع الجزء المعوى المتغمد ونزوله في
غمده الى اسفل كما لا يسوغ اعطاء الزئبق المذكور في هذه الحالة المذكر
ويمكن المبادرة باجراء الشق الباطني ان أمكن تشخيص التغمد المعوى
ابتداء اعتمادا على ما حصل من النجاح احيانا وان أمكن الوصول من
المستقيم الى الجزء المتغمد وجب الاجتهاد في رده بواسطة مجس مرن يدخل
بغاية الاحتراس مثبتا على طرفه قطعة من الاسفنج فقد حصل من هذه
الطريقة نجاح عظيم خصوصا في بعض احوال التغمد عند الاطفال واذا لم
يمكن الوصول الى ما ذكر وجب الحقن بكمية عظيمة من السائل او نفخ كمية
عظيمة من الهواء في المستقيم بواسطة كير لاجل دفع الجزء المعوى المتغمد
ورده لكن متى طرأ الالتهاب البريتوني الشديد فلا تجدى الوسايط المذكورة
نفعا بل تزيد في خطر المرض حيث ان الاجزاء المعوية ملتصقة ببعضها ولذا
ينبغي الاقتصار على استعمال الافيون بمقدار عظيم وتغطية البطن
بالمكمدات الباردة وكذا ينبغي الانتقال لاستعمال الطريقة العلاجية في
الاحوال التي فيها توجد علامات الالتهاب البريتوني المنتشر كما يكون ذلك
في بقية اشكال الانسداد المعوى

(المبحث الرابع)

(في الاصابة الخنازيرية والدرنية للمعى والغدد المساريقية)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاصابة الدرنية للمعى والغدد المساريقية ليست كثيرة الحصول كما يقال على
العموم وبعبارة أخرى ان كثيرا من هذه الاصابات لا يكون ناشئا عن تكون
درن دخنى في المعى او الغدد المساريقية وهو النوع الوحيد من الدرن الذى
نعترف بوجوده بل ينشأ عن استحالة جبنية في الاجربة المعوية والغدد
المساريقية

والغدد المتفرقة للمعى وغددها المعروفة بغدد بيير التي هي من المعلوم انها
ليست اعضاء مفرزة بل انها مجرد غدد لينفاوية بسيطة تصاب عند وجود

التغيرات المرضية المختلفة فى الغشاء المخاطى المعوى فتوجد فى أحوال الالتهابات النزلية المعوية الحادة والمزمنة متفاوتة الانتفاخ بارزة عما حولها وانتفاخ هذه الاجربة الناشئ من جهة عن ازدياد عناصرها الخلوية ومن جهة أخرى عن ازدياد قبولها الكمية عظيمة من السوائل يزول غالبا بزوال الالتهاب النزلى بدون ان يخلفه ادنى اثر لكن هذا الانتفاخ قد يستعصى ويزداد ازديادا عظيما عقب ازدياد التكون الخلائى بحيث يحصل نمو عظيم وتراكم فى العناصر الخلائية فيحصل ضمور فى هذه الاجربة واستحالة شحمية غير تامة أعنى استحالة جبنية وكما تصاب الغدد اللينفاوية الصغيرة التى فى جدر المعى كذلك تصاب الغدد المساريقية التى تقبل السائل اللينفاوى الآتى من الغشاء المخاطى المعوى متى كان هذا الغشاء مجلسا التغيرات مرضية فانه يعترى تلك الغدد عند الاصابة بالنزلة المعوية الحادة او المزمنة انتفاخ ناشئ أيضا عن نمو خلائى وازدياد فى السائل المتشبعة به وهذا الانتفاخ يكون فى الغالب واهيا وقتيا غير انه احيانا يصير عظيما ومستعصيا وحيث ان تراكم العناصر الخلائية فى الغدد المساريقية يكون عظيما جدا لابد وان يعتريها الاستحالة الجبنية

والاجربة المعوية التى اعترتها الاصابة الجبنية يحصل فيها عما قليل من الزمن لين فينتج عن ذلك تكون خراجات صغيرة فى جدر المعى ممتلئة بمواد جبنية وعند انفجارها تتكون قروح صغيرة تزداد فيما بعد ازديادا عظيما عقب امتدادها الى الاجزاء المحيطة بالاجربة المعوية بامتداد التكون الخلائى فيها وتلاشيها

ومن النادر حصول تلاش فى الغدد المساريقية المكابدة للاستحالة الجبنية وانفجار محفظتها وكذا البريتون بل الغالب ان يحصل فيها تكاثف تدريجى ثم استحالة المادة الجبنية الى عجينة طباشيرية او تراكمات كلسية صلبة وان نظرنا بالدقة الى الاشخاص الذين يشاهد عندهم انتفاخ عظيم مستعص فى الاجربة المعوية والغدد المساريقية ومكابدتها الاستحالة جبنية استبان لنا ان معظمها اطفال وبالخصوص اطفال يكون فيهم للعقد اللينفاوية الدائرية والشعبية ميل للانتفاخ العظيم وللاستحالة الجبنية فى اثناء سير الطفحات

الجلدية الشائعة والسيلانات الاذنية والنزلات الشعبية وغير ذلك ومثل
هؤلاء الاطفال يعبر عنهم على العموم بخنازيرى البنية وكل من هذا الامر
والمطابقة الكلية للتغيرات التشريحية يستنبط منه ان انتفاخ الاجربة
المعوية والغدد المساريقية واستحالتهما الجبنية والقروح المعوية الناشئة
عن اصابة تلك الاجربة يعتبر اصابة خنازيرية فى المعى والغدد المساريقية
ثم ان الخطأ العام فى اعتبار القروح المعوية الخنازيرية ناشئة عن الدرن
المعوى سهل التوجيه فان الغدد المتفرقة المرتشحة ارتشاحا جبنيا لها من
جهة مشابهة كلية بالدرن الدخنى الجبنى ومن جهة أخرى توجد بكثرة فى
الصفات التشريحية اجزاء الطبقة المصلية المعوية المسامتة لتلك القروح
مغطاة بدرن دخنى لكن ان تأملنا حق التأمل وامعنا النظر فى ذلك ورد
علينا سؤال وهو ان يقال فى اى زمن نشأت القروح وفى اى أوان حصل
التولد الدرنى فيستنتج فى كثير من الاحوال حل هذه المسئلة بان القروح
كانت فى المريض منذ زمن طويل يحتمل ان يكون من منذ عدة سنين وان
الدرن لم يطرأ الا قبل الموت بقليل فحينئذ ما يحصل فى المعى هو عين ما يحصل
فى الرئة من انه ينضم كذلك للارتشاح الجبنى والكهوف الدرنية تولد درن
بكثرة

ثم ان قابلية اصابة المنسوجات واستعدادها الان تكون محلا للتولد عظيم من
الخلية جديدة عند اصابتها بتغيرات التهابية تجاوز فى كثير من الاشخاص سن
الطفولية كما بينا ذلك فيما تقدم لكن كما تصاب عند البالغين اعضاء أخرى
بالامراض خلاف الاعضاء التى تصاب عند الاطفال فكذلك التغيرات
والاستحالات المرضية النوعية الناتجة عن هذا الاستعداد تتغير محلها مع
التقدم فى السن ففى سن البلوغ يندر حصول النزلات المعوية الكثيرة
الحصول جدا فى سن الطفولية ويظهر بدلا عنها التغيرات المرضية للرئتين
ولذا نجد تبعا لذلك فى الصفات التشريحية العديدة غددا مساريقية متكلسة
وقروحا معوية آخذة فى الالتحام مع وجود ارتشاحات جبنية حديثة فى
الرئتين وتهتكات آخذة فى التقدم فيهما لكن من المستغرب كون
التجارب دلت على ان الاشخاص البلغ الذين يندر فيهم وجود اصابة الاجربة

المعوية والغدد المساريقية كاصابات منفردة اولية كثيرا ما تعتريهم تلك التغيرات المرضية متى كانت رئتهم مجلسا للتغيرات مرضية مشابهة لتلك التغيرات المذكورة اوسبقت اصابتهم بها وبعبارة أخرى ان الاستحالة الجبنية فى الاجربة المعوية والغدد المساريقية يندران تشاهد مشاهدة أولية كمرض قائم بنفسه ويكثر حصولها حصولا ثانويا كمضاعفة للسل الرئوى

وكل من درن المعى والغدد المساريقية نادر بقطع النظر عن التوالدات الدرنية التى تحصل حصولا تابعيا حول قروح معوية خنازيرية ومثل ذلك يقال فى السل المعوى الدرنى فان الظاهر فى كثير من الاحوال ان الدرن المعوى التابعى يظهر فى آن واحد مع الدرن الرئوى التابعى وان السل المعوى الدرنى يحصل بالخصوص فى الاشخاص الذين اعتراهم شكل السل الرئوى الدرنى

(الصفات التشريحية)

الغالب وجود الاجربة المعوية المرتشحة ارتشاحا جبنيا والقروح الناشئة عن تلاشيها واينها فى اللفائف وكثيرا ما تمتد الاصابة المرضية من اللفائف الى القولون والمعلقة الديدانية وهو الغالب وقد يكون القولون وحده هو المصاب واما اللفائفى فيبقى سليما ويندر أن تشاهد أجربة مرتشحة ارتشاحا جبنيا وقروح فى الصائم وتكاد لا تشاهد مطلقا فى الاثنى عشرى والمعدة وعدد الاجربة المصابة يختلف فقد يكون المعى مغطى بها فى امتداد عظيم باستواء ولكن الغالب ان تكون الاصابة قاصرة على بعض أجزاء المعى المتباعدة عن بعضها كثيرا اوقليلا وفى الادوار المتقدمة تكون الاجربة المنتفخة تعقدات كحب الدخن بارزة قليلا على سطح الغشاء المخاطى ذات مقاومة ولون سنجابى تستحيل فيما بعد الى مادة تصفر عند استحالتها الى الحالة الجبنية وتتناقص مقاومتها ومتى انثقب الغشاء المخاطى من المواد الجبنية توجد فيه قروح مستديرة (تعرف بالقروح الدرنية الاولية) وفى دور متقدم من هذا المرض يكون كل من الغشاء المخاطى والمنسوج الخلوى المحيط بالقروح الاولية مجلسا الارتشاح جبنى سنجابى ثم مصفر وبتلاشى الارتشاح الجبنى والمنسوجات المرتشحة واختلاط جملة قروح أولية تتكون فقد

جوهر عظيم (يعرف بالقروح الدرنية الثانوية) وامتداد هذه القروح يكون على حسب محيط المعى بحيث تكون قروح مستديرة مختلفة فى العرض ويحصل فى قاعدتها ارتشاح جبنى وتلاش بحيث ان القرحة تأخذ فى الغور وتنتهى بان تثقب جدر المعى وفى أثناء امتداد التقرح نحو الطبقة المصلية يحصل فى الاصفار المهددة بالتثقب من هذه الطبقة التهاب بريتونى محدود بحيث يمكن بمجرد النظر من ظاهر المعى معرفة مجلس التقرح فان الطبقة المذكورة فى هذه الاصفارة تكون وحمة ثخينة واحيانا مغطاة بنضح ليفى تلتصق بواسطته بالعرا المعوية المجاورة ولا يندر أن مثل هذا الالتصاق بين العرا المعوية او التصاقها الناشئ عن غوّ فى المنسوج الخلوى يقى من انسكاب متحصل المعى فى تجويف البطن عند حصول تثقبها وفى مثل هذه الاحوال لا يخرج متحصل المعى من جدره المتثقبة عند دفعه الصفات التشريحية الاان انفصل هذا الالتصاق بقوة وان حصل نزيف شعرى عند امتداد القرحة المعوية وجدت حوافيها وقاعها مرتشحة بالدم ومغطاة بتعقدات دموية مسمرة ومن النادر أن يحصل شفاء تام فى القرحة المعوية واذا حصل ذلك شوهد انكماش فى المنسوج الخلوى الكائن فى قاع القرحة فتنجذب حوافى الغشاء المخاطى الى بعضها حتى تتلامس بالكلية وتلتصق ببعضها التصاقا أوليا ويبقى عقب ذلك على الدوام انكماش ندبى فى جدر المعى يوجد على سطحها الباطن على شكل حوية بارزة حلقية ذات مقاومة

وفى أحوال انتفاخ العقد المساريقية تكون تلك العقد منتفخة انتفاخا عظيما بحيث تكون فى عظم بيضة الحمامة او الدجاجة أو أزيد حتى تبلغ عند اجتماعها مع بعضها حجم قبضة اليد ومادام هذا الانتفاخ متعلقا بمجرد غو خلوى فان الغدد تظهر عند دشقها رخوة ذات لون سنجابى وكثيرا ما توجد بعض محال من الاجوبة المنتفخة مستحيلة الى مواد جبنية فى بعض الاحوال وفى أحوال أخرى يكون قليل من هذه الاجوبة اوكثير منها مكابد التلك الاستحالة الجبنية وكثيرا ما يشاهد فى الجثة آثار الاستحالة المساريقية الجبنية المنطفئة اى الذى انتهى سيرها فتوجد ترا كمات كلسية غير منتظمة متشعبة ومحاطة بمنسوج غددى طبيعى اوضامر

وفى الشكل الحقيقى من تدرن الغشاء المخاطى المعوى يظهر فى الادوار الاول من هذا المرض تعقدات صغيرة سنجابية على الغشاء المخاطى فتكون اما متفرقة او مجتمعة فان وجدت تلك التجمعات الدخنية فى أجزاء من الغشاء المخاطى ولم تكن مجلسا الاجربة بيير المجتمعة كان ذلك أمرا مهما يرتكن اليه فى التمييز بين الدرن الدخنى وانتفاخ الاجربة المعوية وباستحالة الدرن الدخنى الى الحالة الجبنية ولينه وتقرحه تظهر قروح معوية درنية لاتصل مطلقا الدرجة اتساع التقرحات الناشئة عن الاجربة المعوية التى اعترتها الاستحالة الجبنية ويشاهد فى محيطها بدلا عن المنسوج المرتشح ارتشاحا جبنيا تحببات درنية حديثة

وعندما تصاب الطبقة المصلية بالتدرن التابعى وهو كثير يشاهد أن الاصفار المقابلة للتقرحات المعوية موشحة بتعقدات درنية صغيرة وهذه الاصفار تكون متكاثفة بسبب نمو خلوى فيها وكثيرا ما يكون الطفح الدرنى ممتدا من الاصفار المذكورة على طول الاوعية الليمفاوية نحو المساريقى

(الاعراض والسير)

يسهل فى غالب الاحوال معرفة الدرن المعوى وصورة سيره فتى كان عند مريض علامات الدرن الرئوى من منذ زمن وحصل عنده اسهال خصوصا فى الصباح من مواد برازية مجبنية اوسائلة ونتج عنها نحافة عظيمة قوى الظن بوجود هذا المرض والمواد البرازية وان كانت صفتها فى هذه الحالة كصفة المواد البرازية فى النزلة المعوية البسيطة وكان كل من البحث الكيماوى والمكروسكوبى عن المواد المذكورة لايدل على طبيعة المرض الاصلية فى هذه الحالة الاان كثرة تضاعف الدرن الرئوى بالدرن المعوى وعدم وجود أسباب واضحة للنزلة المعوية البسيطة مع استعصاء الاسهال يرجح أن الاسهال ناتج عن درن معوى لكن التشخيص مع ذلك لم يزل غير مؤكد فانه يحصل ايضا اسهال مستعص فى حالة تقدم الدرن الرئوى ولا يكون ناتجا عن درن معوى ولا عن تغيير آخر مدرك مادى فى جدر المعى ولا يمكن تمييزه عن الاسهال الناتج عن درن المعى حقيقة وهذه الاسهالات المعروفة بالمذيبة تتعلق فيما يظهر بتزايد ارتشاح مصل الدم القليل الزلالية

وسهولته فهي حينئذ من نوع الارتشاحات المصلية التي تحصل في المنسوج الخلوي تحت الجلد في أحوال الدرن الرئوي وغيره من امراض النهوكة ثم عند تقدم سير هذا المرض يسبق حصول التبرز مغص عادة ويصير البطن متزايد الحساسية عند الضغط عليه خصوصا في القسم الاعورى ومتى طرأ هذا العرض الدال على اشتراك البريتون مع الامعاء وجب طرح الظن بان هنالك اسهالا امذيبا بسيطا ثم اذا ازداد اشتراك البريتون الذي تكلمنا عليه في المبحث السابق زادت الآلام السابقة للتبرز غالبا ووصلت زيادة احساس البطن عند الضغط عليه الى ارقى درجة ولا يندر أن يشاهد فيما بعد بسبب شلل الطبقة العضلية اسهالا نعم يخرج مع التبرز زمنا فزمنا من المواد الثفلية الجبنية أو السائلة كمية عظيمة جدا مع آلام شديدة للغاية ومجموع هذه الاعراض قد يصير الاسابيع او الاشهر الاخيرة من حياة المصابين بالسل في غاية المشقة والتعب واما اذا حصل تثقب معوى فيندر أن تشاهد الصورة المرضية التي بيناها عند الكلام على القرحة المعدية المزمنة فان الالتهاب البريتوني الذي يحدثه التثقب في هذا المرض يكون محدودا او يتكيس الفضح بسبب التصاق العرا المعوية ببعضها فتى حصل عند مريض من هذا القبيل فجأة آلام شديدة في الخثلة وشاهد الطبيب في هذا الجزء موضعا ذا مقاومة يكون عند اللمس على شكل ورم غير منتظم وذا صوت أصم عند القرع وجب ان يتأكد أن هنالك تثقبا معويا

ومما يجب التنبيه له ان اعراض داء الصدر اي السل كثيرا ما تختفي عند ظهور اعراض الدرن المعوى واتضاحها بحيث يقل السعال والنفث عند المريض ولذا ينبغي التمسك في مثل هذه الحالة بالعلامات الطبيعية للدرن الرئوي للتمكن من معرفة الدرن المعوى كما ينبغي ان يشك في تشخيص الدرن المعوى في الاحوال التي تبقى فيها العلامات الطبيعية المذكورة غير واضحة فتى ظن ظهور الدرن المعوى عند طفل مثلا ظهورا أوليا او كان مصاحبا لدرن في العقد الشعبية أمكن معرفته وان فقد أقوى سند يعتمد عليه في معرفة الدرن المعوى فحينئذ شدة الآلام وعدم نجاح المعالجة والظواهر

الحمية ترجح ان هنا السلامعوياد رنياالاسلامعوياز ليا ومن الغلط البين اعتبار الاسهال عرضا ملازما للدرن المعوى بحيث لا ينفك عنه ولذا لا ينبغى الحكم عند فقد هذا العرض مع وضوح اعراض الدرن الرئوى لعدم وجود الدرن المعوى قطعا لانه يوجد احوال فيها تبرز المريض يكون منتظما ومتماسكا مع كونه مصابا بقروح معوية درنية ممتدة كما يشاهد ذلك عندما يكون المعى الغليظ خاليا عن الاصابة بهذا الداء وعن غيره من التغيرات المرضية بحيث ان المتحصلات المائعة للمعى الدقيق يمتص جزؤها السائل فتتكاثف عند وصولها الى المعى الغليظ ومرورها منه وكما انه عند امتداد الدرن للمعى الغليظ قد يفقد الاسهال ايضا لكون ميوعة المواد البرازية كما يظهر ليست ناتجة عن افراز القروح المعوية بل عن الارتشاح الآتى من الاجزاء الكائنة حولها فان شدة الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى المعوى تختلف جدا كما تختلف درجة احمرار الجلد وارتشاحه حول القروح ابتدائية فاذا كان الالتهاب النزلى متوسط الشدة جاز أن تكون المواد البرازية ذات قوام طبيعى واما اذا كان شديدا فيحصل الاسهال لكن حيث ان تألم البطن وازدياد احساسه عند الضغط عليه لا يوجد غالبا ما لم يشترك البريتون مع المعى فى التغير لا يوجد فى غالب أحوال الدرن المعوى علامات لا واسطية تدل على اصابة المعى ومع كثرة حصول اصابة معوية تابعية ومعرفة كون العلامات للاواسطية المذكورة قد تفقد مع وجود الدرن المعوى كما ذكرنا لا ينبغى للطبيب القطع فى الحكم بعدم وجود هذا المرض بل الذى ينبغى ان يقتصر فى قوله على ان الدرن المعوى لم يمكن اثبات وجوده

واما اعراض الدرن المساريقى فالذى كان معولا عليه سابقا ان العقد المساريقية المتغيرة لا يمر منها الكيلوس وهذا هو السبب فى نهوكة الاطفال المسمى بالسل المساريقى والذى تحقق الآن أمران الاول ان العقد المساريقية المتغيرة لا يمتنع مرور الكيلوس منها ولا تفقد قابلية النفوذ منها بل مع تغيرها يمكن حقنها حقنا تاما الثانى انه قد يوجد فى جثث بعض الاشخاص الهالكين فجاءة تغير درنى عظيم وانتفاخ فى العقد المساريقية وقد كانوا قبل الهلاك ذوى صحة زاهية فى الظاهر وحينئذ فالدرن المساريقى

الاولى المحدود لا يمكن معرفته معرفة أكيدة والصورة المرضية التي كان يعبر عنها بالسل المساريقي تنتج عن تضاعف الدرن المساريقي بالدرن المعوى وحينئذ ينبغي التأني في التشخيص تمام الماذكر ولو في الاحوال التي توجد فيها علامات الدرن المساريقي وهو الاسهال وانتفاخ البطن والحمى والنهوكة ومن النادر العثور على العقد المساريقية المنتفخة بواسطة الجس وان تيسر ذلك يمكن الوقوع في الخطا بسبب اختلاط المواد الثفلية الصلبة المحتبسة بالعقد المساريقية المنتفخة

(المعالجة)

معالجة الاصابة الخنازيرية للاجربة المعوية والعقد المساريقية ينبغي فيها قبل كل شئ مراعاة الاستعداد المرضى المحدث لهذه الاصابة او الحافظ لها واما المعالجة الواقية والوسايط اللازم اتباعها في ذلك فلتراجع في المعالجة الواقية من السل الرئوى انما نذكرهنا انه كثيرا ما يقع الخطأ العظيم في اتباع ماذكر وان من الضرورى جدا المكث في المحال الجيدة الهواء واما دلالات استعمال كل من زيت كبد الحوت وقهوة جوز البلوط ومنقوع اوراق الجوز وكذا الحمامات الملحية فسنذكرها عند الكلام على معالجة الداء الخنازيرى وزيت كبد الحوت لا يزيد الاسهال في جميع الاحوال بحيث ان احتيج الى استعماله ينبغي اعطاؤه وينظر في تحمل المرضى له او عدمه وبالجملة فمعالجة القروح الخنازيرية والدرنية للمعى مؤسسة على نفس القواعد العلاجية للنزلة المعوية المزمنة فاذا كان الاسهال غزيرا وجب اعطاء الافيون وقبل اعطائه ينبغي استعمال الجواهر الدوائية الموصى باستعمالها في الاسهالات النزلية كالجواهر القابضة والمرة وان كان البطن كثير الحساسية مؤلما وجب استعمال الضمادات الفاترة وان ازداد الالم ازديادا عظيما وجب ارسال بعض العلق على الاجزاء المؤلمة

(المبحث الخامس)

(في سرطان القناة المعوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

سرطان المعى اندر حصولا من سرطان المعدة وحصوله يكاد يكون أوليا دائما ومنفردا فى الجسم ويندران يمتد الى الاعضاء المجاورة للمعى واسبابه خفية للغاية

(الصفات التشريحية)

مجلس السرطان المعى الغليظ غالبا خصوصا الجزء السفلى منه أعنى التعريج السينى والمستقيم ومن النادر جدا وجود تعقدات سرطانية فى المعى الغليظ والدقيق فى آن واحد وان وجد فى الدقيق كان مجلسه غدد بيير المجتمعة

وسرطان المعى كسرطان المعدة تارة يكون اسكروسيا وتارة نخاعيا أو خلويا أى هلاميا كما انه يوجد كذلك فى المعى جملة من اشكال السرطان مجتمعة مع بعضها واول محل تبتدئ فيه الاستحالة السرطانية المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى فيظهر فيه على شكل الاسكيروس وبعد انثقاب هذا الغشاء المخاطى وبروز المادة الاسكيروسية عليه تتقرح وسطها الاستحالة السرطانية النخاعية وللسرطان المعوى ميل عظيم للامتداد نحو القطر المستعرض للمعى بحيث يتكون فيه تضايق حلقى وكثيرا ما تسقط العروة المعوية المصابة بالسرطان لثقلها فى محل منحدر من البطن وهذه العروة تكون فى الابتداء متحركة ثم تثبت فيما بعد وماذلك الا من الالتصاقات الحادثة بينها وبين الاعضاء المجاورة بسبب الالتهاب البريتونى الجزئى او بسبب امتداد الاستحالة السرطانية من المعى الى الاجزاء المجاورة لها ثم ان قطر المعى قد يتضايق جدا عقب تكون الورم السرطانى فى جميع دائرته بحيث تجويفه يصير كتجويف ريشة الكتابة الا ان طول التضايق يكون غالبا قليلا بقدر بعض قراريط واعلى محل التضايق يكون المعى غالبا متمددا تمددا عظيما وممتلئا بالمواد الثقلية والغازات وجدره تكون ذات ضخامة والغشاء المخاطى ذا التهاب متفاوت الدرجة واما أسفل محل التضايق فيكون المعى فارغا هابطا على نفسه وقد يحصل فى مدة سير هذا المرض اتساع فى التضايق عقب تقرح السرطان وتلاشيه كما ذكرنا ذلك فى سرطان المرىء والبواب وقد يمتد التآكل السرطانى حتى يصل الى البريتون وبعد انثقاب هذه الطبقة المصلية تنصب

المتصلات المعوية في تجويف البطن وقد يعتمد التآكل الى الاعضاء المجاورة ان كان هناك التصاق من قبل وفي هذه الحالة اما ان يحصل استطراق بين العرا المعوية اوبواصير برازية اذا كان المعي متصقا بجدر البطن وعند تآكل سرطان المستقيم يمكن حصول تثقب مهبلي او مثاني كما ان تقيح الجزء الملتهب من المعي اعلى التضايق قد يؤدى لتثقب المعي وانصباب متحصله في تجويف البطن اوفى استطراقات غير طبيعية

(الاعراض والسير)

لايمكن في كثير من الاحوال معرفة السرطان المعوى معرفة أكيدة والمرضى التي تصاب به تشتكي بألم اصم مستمر اوذي نوب مترددة في محل محدود من البطن ويحصل زيادة عن ذلك امساك مستعص اعتيادي يوجد غالبا قبل تكون التضايق ويكون اذذاك متعلقا بالاستحالة المرضية للطبقة العضلية وزوال الحركة الديدانية للمعي في المحل المريض ويصير الامساك زمنا فزمنا مستعصيا جدا فتتزايد الآلام وينتفخ البطن فيحدث حينئذ تموج وقيء ونحو ذلك من أعراض التضايق المعوى وعند زوال الامساك يحصل للمريض راحة وقتية والاعراض النوبية المذكورة تتردد في ازمنة قصيرة وتتزيد شدتها وتهديدها للحياة ثم فيما بعد يتزايد الامساك جدا بل لايمكن زواله أصلا وحينئذ يحصل الهلاك عقب ظهور اعراض الاختناق المعوى وان وصل المريض الى هذا الحد ولم تتغير هيئته ولونه وتغذيته ولم يوجد ورم في البطن ولم يتمكن في التشخيص على شكل المواد البرازية بقى تشخيص المرض مبهما وان اتضح وجود عائق مانع اسير متحصل المعي بن ادشيا فشيأ الا ان طبيعة هذا العائق لاتعرف الامن الصفات التشريحية وفي أحوال اخرى لاتهلك المرضى بسرعة من نوبة انسداد المعي الحادة بل تظهر زيادة عن الامساك الذي يزداد بالتدريج والالم الاصم في البطن علامات سوء القنية السرطانية الثقيلة فتنحط قوى المرضى بسرعة ويتلون الجلد بلون وسخ مصفر وهذه الاعراض يستنتج منها على غالبة الظن ان العائق من طبيعة سرطانية فان زادت النحافة وظهر في القسم السفلي من البطن ورم متصلب مؤلم صلب ذوحدبات بسبب رقة جدر البطن صار التشخيص أكيدا

وان

وان كان مجلس السرطان فى المستقيم نفسه اوأعلى منه ببعض قراريط اشتكت المرضى بآلام شديدة فى قسم العجز تنتشر نحو الظهر والفخذين وهذه الآلام كثيرا ما لايعتنى بها سيما عند وجود انتفاخ وتمدد دوالى فى الاوردة الباسورية وخروج مواد مخاطية مدممة من المستقيم فتعتبر حينئذ علامات دالة على مرض غير خطر الا أن كلا من الامساك الآخذ فى التزايد وصفة المواد البرازية الخاصة يصير مخوفا فان تلك المواد يكون قطرها صغيرا جدا واحيانا تصير مستديرة وطورا مفرطحة على شكل شريط اوهيئة كرات صغيرة كبعر الغنم وخروج هذه المواد المتشبث بها طبقة من مواد مخاطية شفافة ثم تصير صديدية يصحبه آلام شديدة لاتطاق وقد يحصل مهولة فى التبرز عقب لين السرطان وتقرحه أوانه يحصل محل الامساك اسهال وعند ذلك تحصل أزفنة معوية بل ويسيل من الاست فى غير وقت التبرز سائل غزير متغير اللون كريه الرائحة وان امتد التأكل للمهبل او المثانة نتج عن ذلك أحوال مهولة مكربة وشرح هذه الاحوال المهولة والقواعد التى ينبغى اجراؤها فى البحث عن المستقيم بالاصبع او المنظار ليستدل على طبيعة هذا المرض من وظائف علم الجراحة فلا داعى لذكره هنا

ثم ان سير سرطان المعى بطىء عادة الا فى أحوال نادرة وينتهى بالموت بلا شك ويكون ذلك اما عقب الامساك المستعصى الذى يظهر اما فجأة او تدريجا واما عقب ظهور النهوكة الشديدة التى يكثر ان ينضم اليها اعراض الاستسقاء العمومى او السدد الوريدية واحيانا يسرع الموت بسبب حصول التهاب بريتونى يظهر اما عقب حصول التثقب المعوى او بدونه

(المعالجة)

معالجة السرطان المعوى لاتكون الا تسكينية وينبغى الاجتهاد بواسطة التدبير الغذائى فى منع تكوين مقدار عظيم من المواد الثفلية والاجود فى ذلك تغذية المرضى بالامراق المركزة والبيض النيمبرشت وبعض الالبان والالتفات الكلى الى تنظيم حركة التبرز عند المريض بحيث لايهمل فى اعطاء ملينات أكيدة التأثير لكن تكون قليلة التهييج ما أمكن وأجودها زيت الخروع وان كان كريه الطعم لكن بالتعود تزول الكراهة وزيادة على ذلك

يرجع لما ذكرناه فى المبحث الثانى فى معالجة التضايق المعوى وأما ما يخص الاعمال الجراحية فلتراجع فى محالها

(المبحث السادس)

فى التهاب المنسوج الخلوى المحيط بالمعى ويعرف بالالتهاب القولونى الدائرى او المحيط وبالالتهاب المستقيمى الدائرى او المحيط أيضا

(كيفية الظهور والاسباب)

أما الالتهاب القولونى الدائرى فعبارة عن التهاب المنسوج الخلوى المثبت للقولون الصاعد بالعضلة القطنية المربعة ويكون فى الغالب هنا امتدادا من التهاب الاعور او القولون وفى أحوال أخرى يكون مرضا قائما بنفسه ويعبر عنه حينئذ بالالتهاب القولونى الدائرى الروماتيزمى وقد يظهر هذا الالتهاب فى آخر سير التيفوس او فى التسمم الصديدى للدم او فى الحميات النفاسية وحينئذ يعد من الالتهابات الانتقالية والنضح الذى يحصل فى هذا الالتهاب القولونى الدائرى قد يمتص فينتهى المرض بالتحلل والغالب ان يؤدى هذا الالتهاب لتكرز المنسوج الخلوى الملتهب فتتكون بروزات صديدية عظيمة قد تمتد الى أعلى حتى تصل الى الكلية او الى أسفل الى ان تصل خلف الرباط البوبارقى اى الحرقفى العانى ثم الى الجهة الانسية من الفخذ وقد يثقب الجدار الخلفى للاعور او القولون او الجدار المقدم من البطن او جلد الجهة الانسية من الفخذ أو ان الصديد ينسكب فى تجويف البطن فيؤدى لحصول الالتهاب البريتونى

ثم اذا ظهر هذا المرض عقب الالتهاب الاعورى بقى بعد زوال الورم السطحى الخاص بالاعور الملتهب ورم آخر مؤلم غائر الوضع ولكون هذا الورم مغطى بالاعور المحتوى على الهواء يكون صوت القرع عليه رنانا واضحا وبواسطة الضغط الذى يحدثه هذا المرض على الجذوع العصبية كثيرا ما يحصل فى الطرف الموازى للورم تنمل او احساس بآلام او اوذيما فيه عقب الضغط على الاوردة وعند تحلل هذا الورم ينقص حجمه وتتناقص الآلام ويعود المريض للصحة بسرعة واذا حصل التقيح وتكون خراج شوهد ازدياد حجم الورم ويظهر فيما بعد فى الاحوال الجيدة تموج فى جدر

البطن او الفخذ ويستفرغ من هذا الخراج عند انفتاحه مواد صديدية مختلطة بمواد خلوية متغنغرة ويحصل فى مثل هذه الاحوال الشفاء ان كانت قوى المريض ذات مقاومة كافية وفى أحوال أخرى يحصل الموت عقب النهوكة والانحطاط واذا انفتح الخراج فى القولون عقب انثقاب جداره الخلفى كان انتهاء المرض جيدا واذا انفتح فى تجويف البطن أدى الالتهاب البريتونى الى الموت بسرعة

وسير الالتهاب الاعورى الدائرى أو المحيط الروماتيزمى يشابه ماذكر واما الشكل الانتقالى من هذا المرض فالموت فيه عادة يحصل من تأثير المرض العمومى قبل سريان الصديد الانحدارى والتثقبات

ويوصى فى ابتداء هذا المرض بارسال العلق مثل ما يفعل فى الالتهاب الاعورى وكثيرا ما يلتجأ لتكراره ثم تستعمل الضمادات الفاترة فيما بعد وان ظهر التماوج وجب فتح الخراج

واما الالتهاب المستقيمى الدائرى فالمراد به التهاب المنسوج الخلوى المحيط بالمستقيم وظهور هذا المرض تارة يحصل عقب التهابات حادة او مزمنة فى المستقيم او استحالات مرضية أخرى فيه وتارة يصاحب الامراض التى تحصل فى الحوض والاعضاء المنحصرة فيه وتارة يكون كالالتهاب الاعورى الدائرى أحد الظواهر التابعة للالتهابات الانتقالية المنتشرة وتارة وهو كثير يشاهد عند بعض المصابين بالدرن الرئوى او المعوى وكيفية حصول هذه المضاعفة غير واضحة اذ لم يثبت ان التهاب المنسوج الخلوى ناشئ عن تقيح العقد الليمفاوية الدرنية فيه ومكابدتها للاستحالة الجبنية

ثم ان الالتهاب المستقيمى الدائرى الحاد قد ينتهى بالتحلل وقد يؤدى وهو الغالب لحصول تقيح وتكون خراج ينفتح فيما بعد من الظاهر او فى المستقيم عقب تثقبه وأما الالتهاب المستقيمى الدائرى المزمن فالغالب ان يؤدى لتيبسات وثخن فى المنسوج الخلوى الملتهب لكن الغالب ان يحصل فيه كذلك تقيحات جزئية فيحصل حينئذ قروح ناصورية عسرة الشفاء وفى ابتداء الالتهاب المستقيمى الدائرى الحاد يشاهد ورم صلب فى العجان

او بالقرب من العصعص واذا أدخل الطبيب اصبعه فى المستقيم أحس غالبا بوجود ارتشاح فى المنسوج الخلاوى فالمريض لايستطيع الجلوس ويحس عند التبرز بآلام لاتطاق فاذا حصل تقيح فى الجزء الملتهب وانفتح الخراج جهة الباطن زادت الآلام عند التبرز فيحصل زحير غير مطاق ثم يخرج من الاست اخيرا موادصديدية كريهة الرائحة شديدة النتن وبهذه الكيفية يحصل الناصور المستقيمى الباطنى غير الكامل وأما اذا انفتح الخراج فهو الظاهر فيظهر تموج فى وسط الورم الصلب الذى فى العجان أو بجوار العصعص ثم تستفرغ المواد الصديدية المنتنة المذكورة عقب انفجار جدر الخراج وذلك ينتج عنه ناصور شرجى ظاهرى غير كامل واما اعراض الالتهاب المستقيمى الدائرى المزمن فالغالب ان تختفى الى ان يؤدى هذا المرض لحصول تضايق فى المستقيم ومتى تكون عن هذا المرض خراجات حصلت آلام شديدة ثم باقى الاعراض السابقة

وفى هذا الشكل يجتهد فى تحليل الالتهاب بالوضعيات الباردة ثم تستعمل الضمادات والتهابيل الفاترة ويبادر بفتح الخراج لتجنب حصول الثقب جهة المستقيم أو المثانة

(المبحث السابع)

(فى النزيف المعوى والتمددات الوعائية المعوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

النزيف المعوى الذى يكون فى الجزء العلوى من القناة المعوية يحصل بكيفية مشابهة للتى يوجد بها النزيف المعدى والغالب أن هذا النزيف ينتج عن احتقانات شديدة احتباسية فى مجموع الوريد الباب كما يشاهد ذلك فى أحوال السيروز الكبدى وقد ينشأ عن تقرح فى جدر الاوعية المعوية كالنزيف المعوى الذى يشاهد اثناء سير الحمى التيفوسية والدوسنطاريا او اثناء سير السل المعوى وهذا الاخير نادر وقد يكون النزيف المعوى ناشئا عن تغير مرضى فى جدر الاوعية الدموية وان لم يظهر هذا التغير فيها بالميكروسكوب كالنزيف الذى يحصل اثناء الحمى الصفراء والاسكربوط ونحو ذلك

واما التمددات الوعائية لاوردة المستقيم المعروفة بالبواسير الاعورية وبالعقد الباسورية وتزيف الاوعية المستقيمية المعروفة بالبواسير السيالة فهى من الامراض الكثيرة الحصول جدا وكل من هذه التغيرات المرضية كان يعتبر سابقا عرضا لمرض بنى عام نوعى يسمى بداء البواسير بل كانت تعتبر على مقتضى نظريات الزمن السابق أجود الاشكال الوضعية واحمدها لداء البواسير البنى العام وكان يعتبر أيضا ان اتجاه داء البواسير نحو اعضاء أخرى كالرأس او الصدر او البطن من الامور الخطرة لكن قد تركت هذه الاعتبارات فلم يلتفت اليها من وقت ان ثبتت اهمية العوائق الميخانيكية فى انتاج هذه التمددات الوعائية للمستقيم وانزفته ومن وقت ان ظهر ان النظريات المؤسس عليها كيفية انتقال البواسير الى الاعضاء الباطنة باطلة صار لا يعول عليها ومع ذلك فكيفية البواسير واسبابها لم تزل فيها بعض أمور غير واضحة وضوحا تاما

ثم ان السبب الرئيس فى انتاج هذه البواسير اعنى تمدد المستقيم تمددا دواليا وانزفتها هو وجود عائق مانع من استفراغ دم هذه الاوعية او موجب لاحتباسه او ركوده فيها او الاسباب العائقة لاستفراغ دم الشبكة الوعائية الباسورية هى أولا احتباس المواد الثفلية فى المستقيم او وجود أورام فى الحوض او الرحم المحتوى على الجنين وقت الحمل والبواسير الناشئة عن ذلك كثيرة الحصول وثانيا انضغاط الوريد الباب أو انسداده ولذا يشاهد أن ظهور البواسير فى أحوال سيروز الكبد الذى ينتج عنه احتباس الدم فى فروع الوريد الباب من الظواهر الكثيرة الحصول وعين هذا التأثير يظهر انه يحصل من مجرد امتلاء الوريد الباب وبذا يمكن توجيه كثرة حصول البواسير فى الاشخاص الشرهين وتوضيح ذلك انه فى أثناء الهضم يحصل مرور كمية عظيمة من السوائل من المعى الى الاوعية المعوية ومن المعلوم أن امتلاء الاوعية البوابية اثناء كل هضم يحصل عنه احتباس الدم فى الاوردة الطحالية وبذلك يحصل تمدد فى الطحال اثناء كل هضم فالقريب للعقل ان الافراط من المآكل والمشارب يحصل عنه تمدد عظيم مستمر فى الوريد الباب ومن ذلك يحصل تمدد عظيم فى غيره من الاوردة التى ينصب ما فيها فى

الوريد المذكور وبتعاقب الافراط تبقى تلك الاوردة متمددة وهذا التوجيه وان كان نظريا أقرب من التوجيهات التى أجريت على حصول البواسير عقب الافراط من المآكل والمشارب

وقد يكون العائق المانع لاستفراغ دم الاوردة الباسورية بعيدا عن الكبد اى فى تجويف الصدر ألا ترى ان البواسير كثيرا ما تحصل فى أمراض الرئتين التى ينتج عنها تمدد عظيم من انضغاط الاوعية الشعرية أو زوال تلك الاوعية والمرضى تعتبر تلك البواسير حينئذ سببا للمرض الصدرى لا ناتجة عنه وبهذه الكيفية تحصل البواسير فى أمراض القلب كما تحصل امتلاآت وريدية أخرى

ثم ان العوائق المذكورة المانعة لسير الدم لا تكفى عادة فى توجيه حصول البواسير فان حصولها ليس بنسبة عظم العائق وقلته فانها تارة لا توجد ولو مع وجود عائق عظيم جدا فى سير الدم فى الضفيرة الباسورية وتارة أخرى تكون كثيرة الوضوح جدا ولو مع عدم وجود عائق فى الدورة ما عدا الامساك الوقتى ومثل ذلك يشاهد بالنسبة لحصول دوالى اوردة الاطراف السفلى فى الحوامل اذ يشاهد فى بعض النساء حصول دوالى اوردة الساقين فى الاشهر الاول من الحمل فتكتسب حجما عظيما وعند أخر لا يشاهد فيهن رأسا فى الاشهر الاخيرة من الحمل ولو مع كثرة وجود السائل الجنينى وعظم حجم الجنين واختلاف اوضاعه فينبنى على ذلك ان جدر الاوردة عند بعض الاشخاص تكون أقل مقاومة منها فى آخرين وان قلة مقاومتها لها تأثير عظيم فى حصول تمددها خصوصا فى تمدد الاوردة الباسورية وقلة مقاومة جدر الاوردة المذكورة كثيرا ما تكون وراثية فى بعض أشخاص اذ لا ينكر حصول البواسير فى جميع فروع بعض عائلات مخصوصة على التوالى زمنا طويلا فلا يمكن توجيه ذلك الا بتوارث قلة المقاومة فى جدر الاوعية الوريدية عند هؤلاء العائلات وقد تكون قلة المقاومة المذكورة مكتسبة خصوصا بواسطة الاضطراب الغذائى الذى ينتج عن الالتهابات النزلية فى المستقيم

وقد ذكرنا ان تمدد الاوردة فى جميع الاغشية المخاطية من جملة التغيرات

الملازمة للنزلات المزمنة فى تلك الاغشية فلاغروان الاوردة المستقيمية المستعدة للتمدد بوضعها الطبيعى تكون مجلسا للدوالى عند حصول التهابات نزلية فى المستقيم

وحينئذ يتضح من جميع المؤثرات المضرة التى يكابدها المستقيم ومن كثرة حصول التغيرات المرضية حادة اومزمنة للاعضاء المجاورة له التى يشاركها فيها ومن الاضطرابات الدورية التى ذكرناها كثرة حصول الالتهابات النزلية المزمنة فى المستقيم وكثرة حصول التمددات الوريدية فيه تبعا لذلك

وينسب أيضا حصول البواسير لوجود امتلاء دموى عمومى ويقال ان السيلان الباسورى يعتبر فى هذه الحالة بحرانا لهذا الامتلاء وحصول البواسير فى الحقيقة وان لم تنكر كثرته فى كثير ممن يتعاطون كمية عظيمة من الماء كل يوم بعد تمام نموهم يعنى انهم يتعاطون اغذية أكثر مما يحتاجونه لنمو الجسم وانهم كثيرا ما يحصل عندهم بعد حصول السائل الباسورى تحسين عظيم فى النقرس وفى بعض النزلات المزمنة وغيرها من الامراض التى توجد بكثرة فى مثل هؤلاء الاشخاص لا يسوغ القول بنسبة البواسير وغيرها مما ذكر الى حالة امتلاء عمومى أعنى الى الزيادة المطلقة فى متحصل المجموع الوعائى فان استمرار هذه الحالة ليس ثابتا على الدوام لان امتلاء الاوعية المذكور من المعلوم انه يؤدى الى حصول افرازات دائمة حتى يحصل التعادل وحيث ان التغيرات التى يكابدها الدم عند الافراط من الجواهر الغذائية غير معروفة معرفة كافية فكيفية ظهور الاحوال المرضية التى تحصل فى مثل هذه الاحوال غير واضحة بالكلية أيضا

وحصول البواسير فى سن الطفولية اندر منه فى سن البلوغ وينسب ذلك لقلة حصول العوائق الدورية السابقة الذكر ولقلة حصول النزلات المزمنة للمستقيم عند الاطفال ومن المعلوم ان من اسباب البواسير المعيشة الجلوسية وتعاطى الاغذية المهيجة والافراط من المسهلات القوية وتكرار الحقن من المستقيم مع عدم جودة استعماله وكون البواسير عند النساء أقل من الرجال وفى الاقاليم الحارة أقل من المعتدلة وان الافراط من الجماع يوجبه أيضا وعلى فرض صحته لا يمكن توجيهه بالاسباب السابقة

(الصفات التشريحية)

اما النزيف الذي يحصل في الاجزاء العليا من المعي فلا يمكن الوصول الى ينبوعه واثباته في الجثة حيث انه في الغالب يكون شعريا وقد يوجد الغشاء المخاطي المعوي متشحا بالدم في امتداد عظيم وهذا يدل على ان انسكاب الدم لم يحصل فقط على السطح السائب للغشاء المخاطي بل فيه وفي جوهره أيضا ويشاهد عقب الانزفة المعوية التي نشأت عن قروح معوية تجمدات دموية ملتصقة بالقروح التي كانت دامية وتشاهد حوافي تلك القروح وقاعها متشحة كذلك بالدم والدم المنسكب تارة يكون مائعا وتارة منعقدا قليلا ويندر ان يكون احمر اللون والغالب ان يكون متلونا بلون اسمر كلون الشكولاتا او مستحيلا الى مادة شحمية ومخة قطرانية

والانتفاخات الدوالية للمستقيم التي يطلق عليها لفظ البواسير الاعورية لا توجد الا في انتهاء المستقيم تقريبا اما داخل العضلة العاصرة او على حافة الشرج والاولى تسمى بالبواسير الاعورية الباطنة والثانية بالظاهرة ثم في الابتداء يكون التمدد الوريدي منتشرا فيكون كشبكة سميكة مزرقة ثم فيما بعد يظهر دواليات منفردة ولا يندر ان تحاط فوهة الشرج بحوية من ذلك وفي الابتداء أيضا يكون التمدد الدوالي الصغير ذا قاعدة عريضة ويظهر ثم يزول في ازمنة متعاقبة ثم يصل فيما بعد الى حجم السكر بزا او أزيد وحيث ان البواسير الباطنة تندفع من الشرج كل مرة عند مجهودات التبرز وينجذب معها الغشاء المخاطي فلا تلبث الا قليلا حتى تصير ذا عنيق وتبقى كثيرا خارج الفوهة المذكورة كما يشاهد أيضا ان هذه التمددات الدوالية توجد تارة متوترة وتارة هابطة لكن الحبوب المتكونة بهذه الكيفية لا تزول مطلقا ومنظر البواسير وتأليفها يتغير مع طول مدة سيرها فبعد ان كانت ابتداء ذات لون مزرق وجدر رقيقة رخوة تلتصق فيما بعد بالغشاء المخاطي بعد تكرار حصول الالتهابات المزمنة وتفقد هذا اللون المزرق وتصير سميكة ثخينة ولا يندر ان تلتصق جملة دواليات ببعضها ولا يبقى للمسافات التي بينها الاثر قليل وبذلك تتكون حبوب عظيمة متعرجة تنفتح فيها جملة اوردة وقد تتكون في باطن الدوالي سدد ذاتية تملؤها وتحدث انسدادها وضمورها

والدوالى العظيمة التى تندفع الى الخارج وقت التبرز يمكن ان تلتهب وتقع فى الغنغرينا عقب الاختناق الذى يعتريها وقد يحصل التهاب وتقرح فى الغشاء المخاطى المحيط بعنيق العقد الدوالية فيتكون من ذلك قروح بواسيرية كما انه فى أحوال اخرى قد يمتد الالتهاب الى المنسوج الخلوى المجاور فينتج عن ذلك التهاب فلغمونى مستقيمى يعقبه تكون نواصير مستقيمية

واما النزيف الباسورى فينتج عن انفجار العقد الدوالية لكن القليل منه قد يحصل كذلك من امتلاء الاوعية الشعرية الصغيرة

وعند البحث التشريحى عن الغشاء المخاطى المستقيمى يوجد كما قال ورجوف مسترخيا منتفخا ثخينا غالبا اذا لون سنجابى مبيض والمنسوج الخلوى تحته كثير الرخاوة وكلاهما كثير الاوعية وكذا يوجد هذا الغشاء مغطى بطبقة لزجة مبيضة متكونة من مواد بشرية مخاطية

(الاعراض والسير)

الانزفة التى تحصل فى الاجزاء العليا من المعى هى دائما ظواهر مرضية لامراض ثقيلة وتقدم ذلك أول المبحث فينبغى الكلام عليها عند شرح اعراض هذه الامراض الناتجة عنها

واما شرح البواسير كما هو مدون فى كتب الطب القديمة فضلا عما هو مطبوع فى اذهان العامة الى الآن فينقسم الى ثلاثة اقسام الاول الاعراض الموضعية الناتجة عن الالتهاب الغزلى والدوالى الوريدى والنزيف الباسورى وبذلك انقسمت البواسير الى مخاطية واعورية جافة وسيالة الثانى الاعراض الدورية التى تكون موضعية وعامة فى آن واحد وهى السابقة على انتفاخ البواسير وسيلان الدم الباسورى ويحصل فى تلك الاعراض تلطف عظيم عند اول العرض الاخير وتعرف بالحركة الباسورية الثالث الاعراض الدائمة وهى تدل على وجود اضطراب مرضى فى البنية او احد الاعضاء البعيدة وهذه الاعراض يحصل فيها أيضا تحسين عظيم عقب النزيف الباسورى والعامة تعبر عن هذه الاعراض بالبواسير المنتقلة او العوضية اذا حصل نزيف فى محلات أخرى

ثم انه ينبغى رفض القسم الاخير من اعراض البواسير فان الامتلاء الوريدى

البطن مثلا الناتج عن سيروز الكبد اذا حصل فيه تلطيف عقب حصول نزيف باسورى وحصل عقب ذلك أيضا زوال وقتى فى ضيق النفس والامتلاء الغازى للبطن فى ظواهر الايبوخندريا لا يجوز نسبة واحد منهما للبواسير كما لا يجوز نسبة النزلات الشعبية او نوب النقرس عند الاشخاص ذى الامتلاء الدموى للبواسير الانتقالية بمجرد حصول تلطيف فى الاعراض المذكورة عقب حلول نزيف باسورى واما مجموع الاعراض المعبر عنها بالحركة الباسورية فينبغى نسبتها على رأى ورجوف للنزلة المستقيمية المتكررة فالمريض يحس بحرقان وتوتر فى المستقيم كما يشاهد ذلك عند حصول التهابات نزلية فى اعضاء أخرى او عند تردد الالتهاب النزلى المزمن فيها او ينضم لذلك آلام شديدة فى القطن والظهر تشابه آلام الرأس الشديدة التى تحصل عند وجود نزلة فى الانف والجيوب الجبهية وكذا حالة البنية تضطرب زمن الالتهاب النزلى المستقيمى كما تضطرب ايضا عند حصول التهابات نزلية فى غير المستقيم فالمريض يكون ذا هبوط واسترخاء وكآبة والمكابدات التى تحصل له من ازدياد الاحتقان وانتفاخ أورام البواسير تتمم صورة الحركة الباسورية وكثيرا ما يحصل عند ارتقاء هذه الاعراض الى أشد درجة نزيف يعقبه تلطيف عظيم فى اعراض الالتهاب النزلى المستقيمى والانتفاخ والباسور الدوالى نفسه بحيث ان المريض عقب ذلك يحصل له الراحة التامة ثم اذا عادت للمريض اعراض الحركة الباسورية فلا غرابة فى تمنيه حلول النزيف الباسورى تلبسا طلبا للراحة واذا تيسر للطبيب ازالة النزلة المستقيمية والاحتقان الباسورى بطريقة أخرى كضاربة الامساك الناتج عنه الاحتقان المستقيمى فالاعراض المذكورة تزول بدون حلول النزيف الباسورى

ثم ان الاعراض الموضعية التى تنتج عن البواسير تختلف باختلاف عددها وعظمها وشدة امتلائها فتكون فى الابتداء قليلة ويحس المريض بوجود جسم غريب فى المستقيم ولا يحس بالآلام الا عند حصول تبرز مواد ثفلية يابسة ثم اذا صار الشرج محاطا فيما بعد بجوية من اورام دوالية عظيمة او صار احد هذه الاورام عظيم الحجم متوترا جدا فالمرضى يستريهم الم على الدوام

فلا يمكنهم الجلوس والتبرز وان كان مانعا يحدث عندهم مكابدات عظيمة لا تزول الا شيأ فشيأ ولا يندران يتسبب عن ذلك عجز المريض لا تبرز عندا وارتقاء الالام الى اقوى درجة متى اندفع احد هذه الاورام من الشرج ثم احتقنت هناك والتهبت

واما حصول النزيف الباسورى فيكون عادة وقت التبرز ومتى كان ينبوعه شعريا كانت المواد البرازية ملوثة بدم فقط واما اذا كان آتيا من دوالى وعاء عظيم انفجر فكثيرا ما يخرج بمقدار عظيم ينيف عن أواق ويندر ان يصير النزيف عظيما جدا بحيث يهدد حياة المريض

واما البواسير المعروفة بالمخاطية فهى عبارة عن خروج الافراز المخاطى النزلى السابق ذكره وهذا الافراز تارة يتقذف مع المواد البرازية وتارة بدونها من الشرج زمنا فزمنا والغالب ان توجد ابتداء اعراض البواسير المخاطية وتستمر منفردة زمنا طويلا ثم تطرأ عليها فيما بعد اعراض البواسير الاعورية او السائلة

والظاهر ان سير البواسير مزمن فى الغالب عند تأثير الاسباب المضرة التى تحدثها واما اذا كان تأثير هذه الاسباب ذا مدة قصيرة فيمكن زوال البواسير بالكلية بعد استمرارها قليلا

ثم ان التغير الذى يشاهد فى اعراض البواسير عند استمرار هذا المرض زمنا طويلا أدى لنظريات مختلفة فقد شبه بعضهم البواسير بالحيض عند النساء وبعضهم جعل لتغير منازل القمر تأثيرا فى سير هذا المرض وذلك محض خطا فان المريض ان وجد فى حالة جيدة أحيانا واحيانا فى مكابدات عظيمة فالغالب الوصول الى معرفة سبب تكدر حالته بان يكون حصل عنده امساك نتج عنه توقف فى سير الدم فى الاوردة الباسورية أو امتلاء غير اعتيادى فى اوعية الباب عقب الافراط من المأكل والمشارب مثلا ونتج عن ذلك احتباس الدم فى أوردة المستقيم اوعرض المريض نفسه انتهاء الى أسباب مضرة احدثت عنده بدلا عن الزكام او النزلة الشعبية ارتقاء وترددا فى النزلة المستقيمية حيث ان هذا العضو عنده أقل مقاومة وقد لا يمكن الوقوف على حقيقة المؤثرات المضرة لكن ذلك يشاهد فى تردد غير هذا المرض فلا حاجة

للارتكان الى نظريات غريبة
وبالجملة فكثيرا ما بولغ فى الخطر الناتج عن تأثير انقطاع السائل الباسورى
الذى صار اعتياديا وهذا الرأى وان لم ينكر بالكلية لا ينبغى اعتقاد ان هذا
السيلان عبارة عن مجهودات شفائية تفعلها الطبيعة وانما يعول على ان
المستقيم من جملة الاعضاء ذوات الامراض الاقل خطرا بالنسبة للبنية
العمومية وان الاشخاص الذين يصاب فيهم المستقيم بكثرة عند تعرضهم
لاسباب مضرة تكون حالتهم أهون واجود من الذين يصاب فيهم غير المستقيم
من الاعضاء المهمة كالمعدة والشعب مثلا متى تعرضوا الى عين الاسباب
السابقة فثلا اذا طرأ عند هؤلاء المرضى مرض فى أحد الاعضاء المذكورة
أخيرا عند تعرضهم لاسباب مرضية فهذه حالة محزنة بخلاف ما اذا حصل لهم
بواسير فقط فهذه حالة غير مكروهة لهم وذلك نفس ما يقال اذا تعرض انسان
لتأثير البرد وحصل له زكام مثلا فهذا اولى من حصول مرض آخر ثقيل
عنده وكذلك فى الاحوال التى يحصل فيها ازمنا ازمنا نزيف باسورى فانه ينتج
عنه تلطيف عظيم فى اعراض كل من الامتلاء الدموى البطنى الميخانيكى
والنزلات الشعبية اوغيرها من الامراض التى تحصل عند بعض أشخاص
فى سن الاربعين المفرطين فى المآكل والمشارب لانه ربما ينتج عن انقطاع
السائل الباسورى ضرر عظيم لكن حيث ان الرئيس فى مثل هذه الاحوال
هو النزيف ويمكن تعويضه بواسطة الاستفراغات الدموية الموضعية لا يكون
على المريض ادنى ضرر وانما الضرر عدم ملاحظة الطبيب ان استعمال هذه
الواسطة الاخيرة واجب

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعى الاجتهاد فى تنظيم حركة التبرز فى الاحوال
التى فيها التراكم المتكرر للمواد الثفلية الصلبة ينتج عنه نزلات مستقيمية
ودوالى فى اوعية المستقيم لكن لا تستعمل المسهلات الشديدة لاجل
مقاومة الامساك عند المصابين بالبواسير الا نادرا اى عند الاضطرار فقط
ويخشى من استعمال الصبر والحنظل عند هؤلاء الاشخاص فانهما ذوا تأثير
مهيج على الغشاء المخاطى المستقيمى واجود ما يستعمل عند هؤلاء المرضى زهر

الكبريت فان هذا الجوهر ممدوح من زمن طويل فى معالجة البواسير
والغالب ان يعطى الكبريت متحدا بطرطرات البوتاسا واكثر التراكيب
استعمالا المركب المأخوذ من زهر الكبريت درهم ٢ طرطرات البوتاسا
اوقية ½ السكر العطرى لليمون وسكر ابيض من كل واحد درهم عدد ٣
يمزج هذا المسحوق ويعطى منه كل ساعتين اوثلاثة مل ملعقة بن فان لم
يثمر هذا التركيب وجب أن يضاف اليه قليل دراهم من السنا المكى
اوالراوند وهنالك تركيب آخر كثير الاستعمال يدخله الكبريت ايضا وهو
مسحوق العرقسوس المركب (المصنوع من السنامكى وجذور العرقسوس
من كل منهما درهم عدد ٢ ومن ثمر الشمر وزهر الكبريت من كل منهما
درهم ومن السكر من ستة دراهم الى اوقية) ويعطى منه كذلك كل يوم مل
معلقة بن ولا ينبغى الايصا باستعمال الحقن فانه يحصل من استعمالها
ولو باللطف تهيج عظيم فى المستقيم
واما الاحوال التى فيها تكون البواسير ناتجة عن امراض فى الكبد
كالسيروز اوفى القلب اوالرئتين فالغالب ان لا يمكننا اتمام دلالات المعالجة
السببية ومع ذلك فاستعمال الكبريت فى هذه الاحوال واجب ايضا متى
حصل تعسر فى التبرز حتى لا يتضاعف العائق وحيث قلنا ان من جملة الاسباب
المتممة للبواسير زيادة امتلاء الوريد عقب الافراط من المأكل والمشارب
فالمعالجة السببية تستدعى ان مثل هؤلاء المرضى لا ينبغى لهم تكرار الاكل
بكثرة ولا الافراط منه وكذا تستدعى المعالجة السببية للبواسير التى تحدث مع
غيرها من الامراض عن مجرد الافراط فى المأكل ان تمنع المرضى الواقعين
فى هذا الامر عنه بالكلية ويؤمرون باستعمال تدبير غذائى منتظم ثم ان
كانت البواسير ناتجة عن مجرد امتلاء دموى فى مثل هذه الاحوال حقيقة
فلا يمكن توجيه ذلك الا بانه لا يخرج من مصل الدم المحتوى على كمية زائدة من
العناصر الاولية كالزلال مثلا كمية معادلة لما يخرج منه اذا كانت كمية
هذه المواد الزلالية فيه طبيعية وامتلاء الاوعية طبيعيا كذلك الا اذا ازداد
الضغط الجانبى للعمود الدموى وكان امتلاؤها زائدا عن الحد ايضا فمن المثبت
بالنسبة لافراز البول ان كمية البول المنفرزة تقل عند ازدياد كمية الزلال فى

محصل الدم واعتقاد العامة والاطباء يوافق هذا الرأى المذكور فان الانسان لا يحصل عنده امتلاء دموى بمجرد تعاطى كمية عظيمة من المآكل والمشارب بل انما يحصل عنده ذلك اذا تعاطى اغذية حيوانية قوية التغذية ومشروبات روحية ومع كوننا لا نتعرض لمجادلات هذا الرأى وتوجيهاته العديدة وان كان فى احوال الامتلاء الدموى تزيد كمية الدم حقيقة او الزائد فقط الكريات او المواد الزلالية لا بأس على كل حال بالايصاء بالتدبير الغذائى موافقة للتجارب العادية والاستدلالات الفسيولوجية فينبغى أولا تنقيص كمية العناصر الاولية الازوتية اى الزلالية فلا يأكل المريض اغذية من اللحوم او البيض الا مرة واحدة فى النهار ويوصى باستعمال الاغذية المتخذة من الخضراوات سيما الجذور والثمار والنشويات كالارز ونحوه وينبغى له ازدياد حركة التحليل فيؤمر المريض بالرياضة العظيمة والحركات العضلية الشاقة وشرب المياه بكمية عظيمة اذ بذلك تسرع حركة التبادل العنصرى كما ان من الجيد الامتناع من المشروبات الروحية والشاى والقهوة ونحوها من الجواهر التى تبطئ فى حركة التبادل والتحلل العنصرى ومن الجيد أيضا لهؤلاء الاشخاص استعمال المسهلات الملحية سيما الاستعمال اللطيف المستمر لملح جلوبير وملح الطعام كما هو الجارى فى الحمامات المعدنية فى حمام ماريه باد وكيسنجن همبورغ وصودن ونحوها واما استعمال مياه كارلس باد فى هذه الحالة فيستدعى احتراسا عظيما بسبب ارتفاع درجة حرارته ثم اذا ثبت ان الدم بهذه المعالجة يزيد احتواؤه على الاملاح ويقل احتواؤه على المواد الزلالية كما قاله سميد وفوجل يكون نجاح هذه المعالجة فى أحوال الامتلاء الدموى معقولا واضحا

واما دلالات معالجة المرض نفسه ففى الاحوال التى فيها يحصل زمنا فزمنا مكابدات خفيفة فقط تزول بعد زمن يسير عقب استفراغات دموية ذاتية لا يضطر لاستعمال وسايط مخصوصة بل يجتهد فى اتمام دلالات المعالجة السببية فقط

واما الاحوال التى تكابد فيها المرضى من الحركة الباسورية مشاق عظيمة لا تزول ولو بعد مقاومة الامساك الذى كان موجودا فينبغى فيها ارسال قدر

اربع علقات اوستة على الاست وان يؤمر المريض لاجل استمرار ارسال الدم من فتحات العلق بالجلوس على كرسى مثقوب باناؤه مملوء بالماء الساخن وهذه الطريقة يجوز استعمالها فى الاحوال التى فيها امتلاء البواسير وتورانها ثورانا عظيما يحدثان آلاما شديدة عند المريض او التى فيها تتضاعف البواسير المخاطية بنزيف مؤلم ولا يجوز الاجتهاد فى قطع النزيف الخفيف خصوصا اذا حصل عنه تلطيف فى المشاق الموجودة عند المريض فلا يلتجأ للتبريد ولا للجواهر الموقفة للنزيف الا اذا كان الفقد الدموى عظيما جدا فينبغى الالتجاء الى قطع النزيف بواسطة الروادع الباردة او الجواهر الموقفة للنزيف واما البواسير المندفعة الى الخارج والمختنقة فينبغى ادخالها بواسطة ضغط خفيف مستمر بالاصبع بعد تغليفه بخرقة مدهونة بالزيت مثلا وأن يؤمر المريض بتبعيد الفخذين عن بعضهما وتنكيس نفسه حال اعتماد الجزء العلوى من الجسم على السرير وتغطى الاورام الباسورية الملتهبة برفائد مغموسة فى الماء البارد أو مكمدات ماء الرصاص وحيث لم يكن هذا الكتاب معدا للعمليات الجراحية فلا نتعرض لذكرها والرأى عندى فى البواسير أن لا تتبع العادة المتفق عليها من التكلم على الوسايط الموصى بها لاجل ارجاع السائل الباسورى المحتبس ومن سعد المريض ان الوسايط التى تستعمل للحصول على هذه الغاية كارسال العلق الدورى والحمامات الجلوسية الفاترة ووضع الشياف المهيج واستعمال الادوية المسماة بالمرجعة للبواسير لا ينتج عنها حدوث البواسير لكن لا بأس بارسال العلق الدورى فانه أحسن الوسايط للحصول على النتيجة المطلوبة

(المبحث الثامن)

(فى الآلام العصبية للمعى المعروف بالمغص المعوى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الآلام العصبية المعوية وهى التى يعنى بها المغص الحقيقى ومجلسها الضفيرة المساريقية ليست كثيرة الحصول ومن الجائز ان تنشأ احيانا عن تغيرات مرضية فى العقد والضفائر السمباتوية كغيرها من الآلام العصبية لكن لم يثبت ذلك الى الآن وحصول هذه الآلام العصبية المساريقية بكثرة عند

المصابات بالاستيريا يدل على انها حاصلة بطريق الانعكاس والمغص الرصاصى
اى الزحلى مما يثبت تأكيدا ان هذه الآلام العصبية تحصل كذلك بالتسمم
لكن فى هذا الاخير يظهر ان الآلام ليست بسيطة اى قاصرة على اعصاب
الحس أى على نوران الاحساس بل مجلس المرض العصبى أيضا الاعصاب
المحركة فان المعى المتألم يكون فى حالة انقباض تشنجى والرصاص الذى
بدخوله فى الجسم ينشأ عنه المغص الزحلى الذى هو من جملة ظواهر التسمم
الزحلى اما ان يكون استنشاقه بالنفس وهو متجزئ تجزئا عظيما واما ان يمتص
فى المعى او يدخل فى تيار الدورة بواسطة الغشاء المخاطى الانفى ولذا يوجد هذا
المرض عند شغالى الاسفيداج او الرصاص او الفضة او عند النقاشين
وسحاقى الملونات ودهانى الفخار وسباكى حروف الرصاص والطباعين ونحو
ذلك من أرباب الصنائع الذين يشتغلون فى جو محمل بجزيئات رصاصية
واما حصول المغص الزحلى عقب الافراط من استعمال الاستحضارات
الرصاصية على شكل الادوية او غش الانبذة بها ونحو ذلك فهو الآن اندر
من الكيفية السابقة لكن الذى يظهر ان المغص المهول الذى يشاهد فى
دوفنشير ومغص بواتو وغير ذلك من أنواع المغص الوبائى او الوطنى المشابهة
بالكلية للزحلى فى ظواهرها كانت ناشئة عن تسمم الاهالى بالمشروبات
المحتوية على الرصاص لاعن جواهر نباتية وقد يحصل المغص الزحلى بندرة
عند من يتعاطون النشوق الموضوع فى علب من ورق الرصاص والاستعداد
للاصابة بالمغص الزحلى يختلف كثيرا لكن لا يعرف من الاسباب المهيئة
للاصابة به الا الميل العظيم للنكسات الذى يبقى عند الشخص بعد الشفاء من
هذا المغص واما بقية الاسباب المهيئة التى يقال انها تزيد فى استعداد
الاصابة به كالانكباب على الشهوات والافراط من المشروبات الروحية فلا
حاجة لذكرها هنا حيث انها تذكر فى جميع الاحوال التى لا تعرف حقيقة
اسبابها ويعنى بالمغص مطلقا زيادة عن الآلام العصبية للضفيرة المساريقية
جميع اصابات المعى المؤلمة التى لا تنشأ عن التهاب جدرها أو تغيرات أخرى
مادية فيها فلذا اسنذكر المغص الذى يحصل من جملة ظواهر الديدان المعوية
كما ذكرنا من الاعراض السابقة للالتهاب الاعورى البرازى واعراض

تضايق المعى أو انسداده وهناك فرقنا بين الآلام التى تسبق الالتهاب والآلام التى تصحبه وتكون متعلقة به ونفس الاسباب التى تحدث مرة مغصا قد تحدث مرة أخرى التهابا قولونيا ولا يتضح توجيه كيفية صيرورة الاعصاب الحساسة فى هذا النوع من المغص فى حالة تهيج زائد لكن لنا ان نقول ان الآلام هنا تنتج دائما عن التهيج الذى يصيب الانتهاآت الدائرية للاعصاب المعوية حيث ان الاشكال المذكورة للمغص مخالفة بالكلية للآلام العصبية الحقيقية من المعى والسبب المحدث للمغص بكثرة هو بلاشك شدة التمدد العروقمعوية وشدة توترجدر المعى الناتجة عند خصوص تمددها بالغازات المعوية المحتبسة فى جزء محدود من المعى فهى التى تحدث تمددا مؤلما فى هذا الجزء فكثيرا مايدرك بسهولة ان الغازات المحتبسة فى المعى تندفع بالانقباضات العضلية نحو عمود برازى او عائق آخر فى المعى يمنع سير تلك الغازات وعند وصولها الى هذا العائق تحدث آلاما شديدة جدا وكثيرا مايدرك فى أحوال اخرى ان الغازات المتراكمة تندفع من محلها الى محل آخر بواسطة الانقباضات المعوية وانها بانتقالها من محل الى آخر يتغير محل الالم أيضا ومن الخطا نسبة الآلام فى هذا الشكل من المغص الغازى الى تأثير مهيج للغازات المعوية فى الغشاء المخاطى المعوى كما ان من الخطا نسبتها الى الضغط الذى تحدثه الانقباضات العضلية للمعى على الفريعات العصبية وحيث ان فساد متحصل المعى وانحلاله هو السبب الغالب لتجمع الغازات فى المعى يتضح ان الامراض التى فيها يكابد متحصل المعى انحلالا غير طبيعى تصطحب فى الغالب باعراض المغص الغازى خصوصا فى النزلة المعوية الناشئة عن وصول مطعومات غير منهضمة آيلة للفساد من المعدة الى المعى والناشئة أيضا عن احتباس المواد الثفلية زمنا طويلا وحيث ان وصول اللبن بهذه المثابة كثير فى الاطفال يكون المغص الطفلى مرضا كثير الحصول جدا عندهم ثم اذا انقذفت الجواهر الآخذة فى الفساد من المعى قبل اصابته بالنزلة المعوية يكون المغص هو العلامة الوحيدة للفساد غير الطبيعى فى المعى وبكيفية مماثلة لما يحصل به المغص الغازى من تجمع الغازات فى المعى يحصل أيضا المغص البرازى عند تمدد المعى بالمواد البرازية والمغص

الديدانى من تعدد المعى بواسطة الديدان الشريطية الملتفة على نفسها او بواسطة حزمة من الديدان الاسطوانية الملتفة كذلك والآلام البطنية الناشئة عن استعمال مسهلات شديدة او مطعومات مضرة يعبر عنها أيضا بالمغص لكن التغيرات التى يكابدها افراز الغشاء المخاطى المعوى عقب استعمال هذه الوسايط او عقب تعاطى الثمار الفجة أو نحوها من الجواهر تدل على انه يحصل فى مثل هذه الاحوال التهابات خفيفة قصيرة المدة تزول بزوال تلك الاسباب المضرة ويمكن تشبيه هذه الآلام بالتى تنتج عن وضع لبخة خردلية على الجلد وتزول عقب رفع الخردل ويظهر ان بعض أشكال المغص الديدانى من هذا القبيل أيضا سيما المغص الذى فيه تعقب الآلام بخروج مواد مخاطية وفى المغص الشديد جدا المستقر الذى يعقب تأثير البرد فى الجلد لاسيما فى الاطراف والبطن السفلى يظهر ان الطبقة العضلية للمعى تصاب بكيفية مماثلة لاصابة عضلات أخرى فى الآفات الروماتزمية بحيث يصح ان يطلق عليه اسم المغص الروماتزمى

(الاعراض والسير)

قد شرح المعلم (رومبرغ) الالم العصبى المساريقى بحصول آلام تنتشر من السرة الى البطن السفلى ذات نوب تتعاقب بفترات من الراحة وهذه الآلام تكون اما ممزقة او قاطعة او ضاغطة والاكثر ان تكون ابتداء الاوبة او قارصة ومصحوبة باحساس مؤلم ويكون المريض فى قلق عظيم باحثا عن تلطيف حالته بتغيير اوضاعه والضغط على البطن ويكون كل من الايدى والاقدام والخدين منخفض الحرارة والوجه متقطبا وانقباض كل من الحاجبين والشفتين يدل على الالم ويكون النبض صغيرا صلبا وجدر البطن المنتفخة او المنقبضة تكون متوترة وكثيرا ما يوجد غثيان وقئ وتعسر فى التبول واحيانا زحير والغالب ان يوجد عادة امساك وفى النادر يكون التبرز طبيعيا او متزايدا ومدة النوبة تمتد من دقائق الى ساعات عديدة مع فترات متداخلة ثم تزول هذه النوبة وتنقطع بالكلية ويصحب ذلك باحساس براحة عظيمة وسير هذا المرض دورى لكنه أقل انتظاما من غيره من الامراض العصبية

وابتداء

وابتداء اعراض المغص الرصاصي يكاد على الدوام يسبق بظواهر الديسكرازيا الرصاصية فيكون المريض ذا نحافة وضعف وجلده سنجابيا ترابيا أزرق اللون باهتة وتكتسب لثاته لونا كابيا مزرقا وتكون رائحة نفسه كريهة ويوجد فى فمه طعم حلو معدنى ثم تظهر عنده آلام دورية تكون فى الابتداء اصماء ثم تتشعع من القسم الشراسيفى الى الظهر والاطراف ثم تشتد بسرعة بحيث يصيح المريض ويصرخ مدة النوبة ويقلق فى فراشه أو يتركه فى حالة يأس ويفعل امورا خارقة للعادة من شدة تلك الآلام ويكون النبض بطيأ جدا والصوت فاقدا رنانته وكثيرا ما ينضم لذلك زحير بولى وغثيان وقيء وذلك يدل على ان التهيج المرضى للاعصاب المعوية امتد الى اعصاب أخرى ويكاد يوجد على الدوام امساك مستعص بحيث يمكث المريض من ثمانية ايام الى أربعة عشر بدون ان تخرج منه المواد الثفلية الصلبة الكريهة القليلة الكمية ولو مع استعمال المسهلات الشديدة وجدر البطن تكون منقبضة انقباضا عظيما بحيث يظهر البطن صلبا كانه لوح من خشب ومنقبضا نحو الباطن وسير هذا المرض يظهر طرزا مترددا واضحا الا فى النادر بحيث تتعاقب النوب الشديدة بفترات راحة وتختلف مدته كثيرا فالنوبة الاولى من المغص الرصاصى تزول بالمعالجة اللائقة فى بعض من الايام او اسابيع قليلة وبعد تكرر النكسات يمكن استمرار المرض عدة اشهر وان حصل الشفاء يكون حصوله اما تدريجيا او فجائيا فتزول الآلام وتحصل استفراغات برازية غزيرة وتعود القوى بسرعة كذلك وكثيرا ما يكون الشفاء غير تام فيبقى بعد زوال المغص الرصاصى ظواهر التسمم الرصاصى المزمن ويندر جدا انتهاء هذا المرض بالموت وان حصل ففى هذه الحالة انما يكون من مضاعفاته

ثم ان شرح اعراض الالم العصبى المساريقى يوافق شرح المغص مطلقا وقد اجاد المعلم (هينوك) حيث نبه على ان صفة الالم واحدة سواء كان التهيج مصيبا للانتهاآت الدائرية لعصب حسى او مصيبا لذلك العصب فى منشئه اوسيره ويمكن ان تصل شدة الالم فى المغص الغازى وشبهه من أنواع المغص الى درجة عظيمة جدا وحينئذ تظهر المكابدات الثقيلة على سحنة المريض

المتغيرة جداً فيكون قريباً من حالة الوقوع فى الاغماء ويكون الجسم مغطى بعرق بارد والوجه باهتاً متغيراً والنبض صغيراً وقد ينضم لذلك غثيان وقىء وزحير بولى وغيرهما من الظواهر العصبية وينبغى للطبيب معرفة مجموع هذه الاعراض حتى لا يقع فى الوهم بدون مقتض وكثيراً ما يسمع ويحس باليد فى بطن المريض بانطلاق الغازات من محل احتباسها الى آخر من المعى وهذا مهم اذ بحصوله كثيراً ما تزول الآلام دفعة واحدة وقد لا تحصل الراحة الا بعد التبرز بحيث ان المواد الثفلية التى كانت ممددة للمعى والغازات التى كانت محتبسة خلفها تنقذف الى الخارج

(المعالجة)

قد تستدعى المعالجة السببية فى الشكل العصبى من المغص معالجة مرض الرحم الذى احدث هذا الالم العصبى وقد احتج لدعند وجود المغص الزحلى طبقاً لما تستدعيه المعالجة السببية فى تعادل الرصاص الموجود فى الجسم بواسطة جواهر كيماوية وترسيبية وللحصول على هذه الغاية قد اعطى حمض الكبريتيك او الاملاح الكبريتاتية سيما الشب والملح المر وهذه الطريقة كغيرها من الطرق وان لم تكن كافية فى زوال التسمم الزحلى المتقدم لابد من استعمالها لاجل تجنب التسمم الرصاصى وللحصول على ذلك ينبغى تجنب ادخال الرصاص فى عمل الاوانى والمواسير المعدة لحفظ السوائل ولتوصيل المياه الى محال بعيدة وينبغى لمن يشتغل فى القاعات ذات الهواء المختلط بجزيئات رصاصية قد شغلته الاستحمام والغسل المتكرر كما ينبغى تغيير الملابس وعدم الاكل فى محل الشغل وينبغى ان تكون محال الشغل متجددة الهواء ويلزم ابدال الاسفيداج المستعمل فى بوية دهن الابواب والشبابيك بزاج الخارصين وعلى الحكومة منع وضع النشوق فى صفائح من رصاص وينبغى فى المغص الناتج عن كمية عظيمة من المواد الثفلية فى المعى استعمال المسهلات سيما اللطيفة التى لا يتسبب عنها آلام فى البطن واجود الوسايط والطفها استعمال زيت الخروع والحقن الملينة والمغص الناتج عن برد البطن والاطراف تستدعى المعالجة السببية فيه استعمال المعرقات واحسن ما يوصى به فى مثل هذه الحالة المناقيع العطرية الفاترة ووضع زجاجات وحجارة

مسخنة على البطن
واما معالجة المرض نفسه فتستدعى فى جميع اشكال المغص المذكور فى هذا المبحث استعمال المخدرات سيما الافيون وتأثيره فى شكل الالم العصبى من المغص بوجه بخاصية تخديره وفى المغص البرازى والغازى بتخديره مع تأثير آخر وذلك ان الانقباضات العضلية للمعى التى بها تندفع الغازات والمواد الثفلية الى بعض اصفار المعى او تحبس فيها تزول باستعمال الافيون وبذلك يتيسر توزيع المتحصل المعوى على جملة اجزاء من المعى ومن الممدوح بكثرة فى المغص الغازى والبرازى استعمال المنقوعات الفاترة كزهر البابونج والنعناع الفلفلى والوالريانا اما شربا فنجانا فنجانا او حقنا ومثل المنقوعات المذكورة الجواهر الطاردة للغازات ومن الممدوح أيضا دلك البطن زمنا طويلا بالزيت الساخن والافيون اقوى الجواهر تأثيرا فى المغص الزحلى حتى ان الاطباء الاوماتيين يستعملونه بمقدار عظيم ولا يخشى منه زيادة الامساك فانه لا يوجد جوهر أقوى منه فى ازالة الامساك المصاحب للمغص الزحلى ومن هذا التأثير يظهر انه يوجد مع الامساك الزحلى زيادة عن ثوران الاحساس انقباض تشنجى فى المعى هو السبب فى حصول الامساك ومع كون الافيون اقوى الجواهر فى ازالة الامساك فى المغص الزحلى واجود تأثيرا من المسهلات لا ينبغى اهمال استعمال المسهلات وأكثر المسهلات الشديدة استعمالا فى هذا المغص زيت حب الملوك والاغلب ان يتحصل على المطلوب باستعمال الافيون ثلاث مرات فى النهار من نصف قمحة الى قمحة مع تعاطى ملء ملعقة كل ساعتين من مخلوط مركب من ثلاث نقط من زيت حب الملوك واوقيتين من زيت الخروع ويقوى تأثير هذه المعالجة بالحمامات الفاترة والضمادات المسكنة وضعا على البطن واستعمال الحقن الملينة والمخدرات مع التعاقب ويوجد خلاف هذه الطريقة المستعملة فى معالجة المغص الزحلى وتنوعاتها كاستعمال مسهلات أخرى سيما الملح المر والسنا والزئبق الحلو واستعمال الافيون بمقدار عظيم طرق عديدة فى معالجة هذا المرض اشهرها الطريقة المنسوبة الى مارستان الشاريتية (اى الصدقة) والظاهر ان المنفعة العظمى فى هذه الطرق الافيون والمسهلات

(الفصل التاسع)

(فى الديدان المعوية)

الديدان التى تشاهد بكثرة فى معى الانسان هى الدودة الشريطية الوحيدة المعروفة بدودة حب القرع والدودة الشريطية ذات القناة المركزية والشريطية العريضة العقل والديدان الاسطوانية او الخراطينية والدقيقة الذنب والشعرية الرأس

اما الدودة الوحيدة او ذات العقل المستطيلة فطولها من عشرة أقدام الى عشرين ولونها أبيض مصفر مستدقة ومستديرة من طرفها المقدم ومفرطحة مستعرضة من الجهة الخلفية ويميز لها رأس وعنق وجسم مركب من عقل كثيرة تنيف عن مئات فالرأس يكون من انتفاخ ذى شكل مربع مقطوع الزوايا ويشتمل على خرطوم هرمى الشكل قليل البروز محاط بصفين من كلاليب وبالبعد عن ذلك محاط أيضا باربع فوهات ماصة مستديرة منتظمة الوضع والعنق التالى للرأس ضيق جدا وطوله نصف قيراط تقريبا وتليه العقل الحديثة التى عرضها ربع خط تقريبا واما القديمة فعرضها يصل الى نصف قيراط وقد يزيد والعقل المختلفة الشبيه شكلها بحب القرع ذات القمة المنقطعة يختلف شكلها بحسب سنها فالحديثة يمر بوسطها قناة مركزية لونها اصفر مسمر وذات جيوب جانبية وهى الآثار الاولية للاعضاء التناسلية واما القديمة فيرى على جانبها تارة فى الجهة اليمنى وتارة فى اليسرى بدون تعاقب منتظم ارتفاع قليل يخرج منه قضيب ذو شكل متشرشر وفيه تنتهى القناة المنوية والبوق وباطن العقل القديمة يكون جميعه مملوأ تقريبا برحم او مبيض ذى تفرعات متشجرة وفى القديمة جدا يوجد العضو الاخير ممتلئا ببيض يستدل به كثيرا على ما فى باطنه من الجراثيم مع كلاليبها الست ويخرج من حلقة وعائية كائنة فى باطن الرأس اوعية تسير على جانبى العقل وتتفمم مع بعضها بقنوات مستعرضة تبعا لبعض المشاهدات ولم يشاهد الى الآن فى الدودة الوحيدة المذكورة اعضاء غير ما ذكر

ثم ان مجلس هذه الدودة المعى الدقيق وقد يصل الى المعى الغليظ والغالب انفرادها فى الشخص ويندر تعددها (ولذلك سميت بالوحيدة) وهذه الدودة

تشاهد فى اوربا وامريقة وآسيا وأفريقة ومن الغريب عدم وجودها فى المحال التى لا توجد فيها الدودة العريضة العقل ماعدا بلاد السويجره واما الدودة ذات القناة المركزية فانها لم تميزعن الوحيدة الامنذ عهد قريب والواقع ان عقلها امشابهة تامة بعقل الدودة الوحيدة كما ان لها امثلها فوهات تناسلية جانبية الا ان عقلها اعرض واثخن وكذا جهازها التناسلى أنمى وأكثر تفرعا عما فى عقل الدودة الوحيدة وأوضح فرق بينهما هو اختلاف شكل الرأس فان رأس الدودة التى نحن بصددها مستو لعدم احتوائه على الخرطوم وتاج الكلاليب وفيه اربع فوهات ماصة وندرة نجاح طرد رأس هذه الدودة وانقذافه هو السبب فى بقاء انبهام هازمنا طويلا والسبب أيضا فى اعتبار العقل ذات الفوهات الجانبية التناسلية دودة وحيدة والعقل التى فى وسطها الفوهات التناسلية دودة ذات عقل عريضة بدون فحص وتدقيق

(تنبيه) لامانع من تسمية هذه الدودة بذات الرأس المستوى

واما الدودة العريضة العقل فهى وان كانت شبيهة بالوحيدة الا انها تميز عنها بامور منها انه يشاهد فى رأسها بدل الخرطوم وصفى الكلاليب والمواص حفرتان جانبيتان على هيئة شقين ومنها ان عنقها قليل الظهور جدا ومنها ان عرض العقلة ثلاثة امثال طولها واوضح فارق فى تميز كل عقلة دودة شريطية عما عداها من عقل غيرها مجالس الفوهات التناسلية فانها فى الشريطية العريضة العقل تكون وسط العقلة لا فى جانبيها بحيث يعرف لها ظهر من بطن ومجلس هذه الدودة الشريطية العريضة العقل المعى الدقيق ايضا وتوجد فى شرقى أوربا الى حد شواطئ نهر الوستيل وزيادة عن ذلك توجد فى بلاد السويجره كما تقدم مع الوحيدة

واما الاسطوانية فشكلها اسطوانى مستدق الطرفين وطولها من نصف قدم الى قدم وعرضها من خطين الى ثلاثة وجسمها اشفاف جدا بحيث تشاهد منه القناة المعوية الممتدة من أحد الطرفين الى الآخر وكذا اعضاء التناسل والرأس منعزل عن الجزع بميزاب حلقى وتشاهد فيه ثلاث حلمات صغيرة بينها يكون الفم وفى هذه الدودة تميز اعضاء التناسل فيوجد فى باطن الانثى مبيض

وبوقان عظيمان جدا وفى باطن الذكر الذى هو اصغر حجما من الانثى نحو طرفه الذنبى المقوس الخصيتان والقناة الناقلة للمنى المتعرجة وفى طرفه الذنبى يوجد القضيب شعريا ومزدوجا ويوجد فى الثلث العلوى من الانثى شق طوله من ستة خطوط الى ثمانية هو فوهة اعضاء التناسل ومجلس هذه الدودة الاسطوانية المعى الدقيق والغليظ ومنه تسبح الى بعيد بحيث يمكنها الوصول الى المعدة والمرىء بل والحنجرة وقد تسبح ايضا من الاثنى عشرى الى القناة الصفراوية وادعاء انها تثقب المعى يظهر انه غير صحيح الا ان المعى متى كان متثقبا باى مرض من الامراض أمكن نفوذ هذه الدودة منه الى البطن

واما الدودة المستدقة الذنب وتعرف بالقافزة فهى صغيرة فى حجم الخيط والذكر منها نادر الوجود وطوله من خط الى خط ونصف ملتف على نفسه التفافا حلزونيا من طرفه الخلفى وحجم الانثى اعظم وجسمها مستقيم او منحن قليلا ورأسها يكون منتفخا عقديا بسبب وجود بروزات جانبية والقضيب يخرج من الطرف الخلفى من الذكر والفتحة التناسلية للانثى قريبة من الرأس ومجلس هذه الدودة الرئيس الجزء السفلى من المعى خصوصا المستقيم ومع ذلك قد تسبح بعيدا عنه حتى تصل الى الجزء السفلى من اللفائفى وكثيرا ما تسبح من المستقيم الى المهبل

واما الدودة الشعرية الرأس فطولها من خط ونصف الى خطين والجزء الخلفى من جسمها اغلظ من المقدم الذى يكون خيطيا والجزء الخلفى من ذكرها الذى هو اصغر حجما من الانثى الملتف حلزونيا يشاهد فى انتهائه القضيب المنحنى على هيئة كلاب والمحاط بغمد انبوبى والانثى اغلظ من الذكر ذات جسم مستقيم ممتلئ بالبيض فى جزئه الخلفى وهذه الدودة مجلسها المعى الغليظ سيما الاعور

(تكون الديدان المعوية واسبابها)

الآراء التى كانت جارية على ان تولد الديدان المعوية ذاتى ونسب ذلك لتراكم المواد المخاطية المعوية وتنوع مخصوص فيها رفضت الآن بالكلية فان الحيوانات الطفيلية التى تعيش فى القناة المعوية تتولد عن بيض ولا تصل الى القناة المعوية الا على حالة بيض او نحوه من ادوار تكونها الابتدائية وليس

عندنا دليل أكيد الاعلى كيفية تولد الدودة الوحيدة وذات الرأس المستوى وهوان العقل الاخيرة من هذه الدودة المملوأة ببيض تام التكون تنفصل زمنا فزمنا وتنقذف الى الخارج وجرثومة هذا البيض الخارجة منه ينبغى لاجل تمام نموها ان تصل الى جسم حيوان آخر فى ازدردها حيوان جسمه صالح لنموها ثقبت جدر قناته المعوية وانبثت فى صفر من جوهر جسمه حتى تم شرعجزة لاتق بنموها وهنالك تنفصل عنها كلاليبها الصغيرة ثم يخرج من جدرها عنق ورأس ويسمى ماذكر حينئذ بالقفس وهو شبيه بالكلية بالدودة الوحيدة وفى الابتداء يكون القفس منحصرا فى تجويف الجرثومة ثم يخرج ويصير سائبا وجسم الجرثومة المنتفخ ينضم على هيئة حويصلة ذنبية ثم عند وصول القفس الى هذه الدرجة من النمو يتكون عنه مايسمى بالديدان الحويصلية التى تشاهد غالبا فى الخنزير فهى عبارة عن قفس الدودة الوحيدة ليس الافقى وصلت هذه الدودة الحويصلية الى معى الانسان تشبث قفسها بجدر القناة المعوية وتخلص من حويصلته الذنبية ويكتسب الشكل العقلى فيصير دودة وحيدة

وبهذه المثابة تتولد الدودة الشريطية ذات الرأس المستوى متى وصلت جرثومتها التى تكون على هيئة دودة حويصلية فى معى الانسان واما تكون جرثومة الدودة الشريطية العريضة العقل فغير معلوم ولا كيفية تولد قفسها وكذا تكون الاسطوانية الابتدائى والدقيقة الذنب والشعرية الرأس لكن من المثبت أن هذه الديدان لا تتكون فى محالها من دودة صغيرة خارجة من بيض دودة فى القناة المعوية وحينئذ ينبغى القول باتيان قفسها من الخارج ودخوله فى الجسم مع الاغذية ثم ان اسباب الديدان المعوية تنوعت تنوعا عظيما واشتهرت بحسب الاستكشافات الجديدة ومعظم الاسباب التى قيل بها سابقا ثبت الآن انها ليست مبنية على أساس صحيح والذى يظهر الآن انه لايلزم ان يكون الغشاء المخاطى محلا لتنوعات مخصوصة فيه اولتنوع مخصوص فى متحصله حتى ينبنى على ذلك تكون الديدان المعوية فى القناة المعوية ونموها فيها وفى كثير من الاحوال يمكن معرفة الاسباب التى بها تكونت الديدان الوحيدة فى المعى فقد وجد المعلم (كشنميستر)

ديدانا وحيدة صغيرة حديثة فى باطن امعاء شخص محكوم عليه بالقتل وكان قد اعطاه ديدانا حويصلية يزدردها قبل الموت بقليل من الايام ووجود نقس الديدان الوحيدة فى لحم الخنزير أكثر منه فى جميع اللحوم التى يتعاطاها الانسان وأقل من ذلك وجوده فى لحم الشبريل (وهو نوع من الغزلان) واندر منه فى لحم البقر ووجود الديدان الشريطية بانواعها فى المسلمين واليهود نادر جدا العدم تعاطيهم لحوم الخنزير وفى بلاد الحبشة التى فيها جميع الاشخاص تقريبا مصابون بالديدان الشريطية لا توجد هذه الديدان مطلقا فى القسس الشرطو يزيون الذين يتغذون بالاسماك فقط كما ان الديدان الشريطية كثيرة الوجود جدا فى البلاد التى يكثر فيها تربية الخنازير وقليلته فى ضدها ثم ان الديدان الحويصلية لا تقاوم تأثير طبخ اللحم ولا شيه ولا تجفيفه بالتدخين فتعاطى اللحوم المتحملة بجرثومة هذه الحيوانات وبيضها لا ينتج عنه تكون الديدان الشريطية مادامت هذه اللحوم تؤكل مطبوخة أو شواء او مجففة بالتدخين وفى عكس ذلك ينعكس الحكم يعنى يكثر وجودها فيمن يتعاطاها نيئة ولو بذوقها اختبارا لها وكذا الذين يضعون السكاكين الملامسة اللحوم المتحملة بجرثومة تلك الديدان الحويصلية فى أفواههم كاصحاب اللوكندات والطباخين والجزارين وهؤلاء الاخيرون يمكن ان يساعدوا انتشار هذه الديدان بقطعهم بسكين ملوثة بجرثومتها السجق اولحم الخنزير ولا يسرعون فى طبخه بعد شرائه

وكثيرا ما ينتج عن العادة الجارية الآن باعطاء الاطفال اللحم وكين لحما نيا مبشورا جدا تكون ديدان وحيدة اوذات الرأس المستوى

والقول بان تعاطى اللحوم الحمراء التى فيها التريشين الحلزونى ينتج عنه تكون الديدان الشعرية الرأس قد رفض الآن ومشاهدة الديدان الاسطوانية ذات الذنب الدقيق الكثيرة فيمن يتغذى بالمواد القشوية يمكن توجيهها بما استكشفه المعلم (استين) من وجود ديدان طفيلية فى باطن بعض خنافس الدقيق فى الجائز ان يكون وصول نقس هذه الديدان أو بعضها الى المعى بتعاطى الدقيق الآيل للفساد

(الاعراض والسير)

الظواهر التي تنتج عن الديدان المعوية تختلف كثيرا بحسب الاشخاص المصابين ففي أحوال كثيرة قد لا يعرف وجود هذه الحيوانات الطفيلية الاعند انقذافها وقطع منها مع المواد البرازية وذلك بالخصوص يقال بالنسبة للديدان الشريطية فلذا يشاهد كثير من المصابين بالدودة الشريطية الوحيدة أو بذات العقل العريضة متمتعين بصحة جيدة ولا يشتكون بمغص ولا بظواهر انعكاسية ولا يلتفتون لمرضهم الاعند خروج بعض قطع عقلية زمنا فزمنا وكثيرا ما يتعذر على الطبيب معرفة هذه القطع اذا أتى بها المريض للطبيب ملفوفة في الورق جافة لينظرها وفي أحوال اخرى تشتكي المرضى بمغص شديد زمنا فزمنا ويحس في أثنائه بجسم متحرك (لكن لا يحدث عندهم هذا الاحساس الاعند معرفتهم بوجود الديدان في بطونهم) فيشاهد أن المريض يتلوى ويسند بطنه على جسم صلب وربما حصل عنده غثيان او قيء ومع ذلك يحصل في افراز اللعاب ازدياد عظيم بحيث يسيل من الفم ثم ان الظواهر التي شرحناها قد اشتهر عند العامة انها علامات اكيدة على وجود الديدان خصوصا ان ظهرت عقب تعاطي الفسيخ او البصل او الفجل او الثمار ذوات النوى فبوجودها يستيقظ الطبيب لوجود تلك الديدان لكن لا يجزم الا عند انقذاف عقل من الدود من ذاته او بتعاطي مسهل او جوهر طارد له وفي غير ذلك من الاحوال قد لا يحتمل الجسم وجود الديدان فيحصل الاسهال زمنا فزمنا سيما عقب تعاطي الاغذية المملحة او المتبلة بالافاويه فيصير المريض متغير اللون فاقد القواه ويخف خصوصا ذوي النحافة من قبل والاطفال والبنات وبالجملة فالتهيج الذي تحدثه الدودة الشريطية في اعصاب الغشاء المخاطي المعوي قد يمتد بحركة الانعكاس الى اخبطة عصبية أخرى لكن قد بولغ في كثرة العوارض العصبية التي تنشأ بهذه الكيفية مبالغة كثيرا ما أدت للخطا المتعدد وكثيرا ما ينسب للديدان الاسطوانية الدغدغة في الانف فلجئ بعض الاشخاص للدلك في الخياشيم وتمدد الحدقة والحول واصطكاك الاسنان ونحو ذلك من الظواهر العصبية القليلة الشدة واما الديدان الشريطية فينسب عنها اعراض عصبية كثيرة الشدة والامتداد كالصرع والرقص السنجي وعند حصول الصرع بدون سبب

ظاهر يمكن ان يتوهم انه ناتج عن التهيج الواقع على الغشاء المخاطى من وجود الديدان فيحترس من الوقوع فى الخطا بوجود حلقات من الديدان الشريطية فى المواد البرازية لشخص مصروع بحيث يظن ان الصرع عنده مرتبط ارتباطا كاملا بوجود هذه الديدان وانه يزول بزواله فان الاحوال التى يمكن فيها حصول ذلك اندر ما يكون بحيث لا تذكر بالكلية بالنسبة للاحوال التى فيها يستمر الصرع بعد انقذاف الديدان الشريطية

واما الديدان الاسطوانية فلا ينتج عن وجودها فى المعى عرض ما فانه مع كثرة انتشار هذه الحيوانات الطفيلية لو كان ينتج عنها تهيج شديد فى الغشاء المخاطى المعوى وعوق فى التغذية لما وجدت اطفال بكثرة من المصابين بها متمتعين بصحة جيدة ومتى كانت هذه الديدان فى المعى بكمية عظيمة جدا أمكن التفافها على بعضها وتكوينها التجمعات تسد المعى فتحدث عوارض مغص ثقيلة جدا كالناشئة عن تجمع المواد الثفلية بل ان لم يمكن انعزالها عن بعضها او انقذافها بشديد من المسهلات امكن ان ينتج عنها اعراض المغص المهول المعروف بالقولنج وأن ينتج عن حركاتها القوية مغص شبيه بالذى ينتج عن الديدان الشريطية وأسباب هذه الحركات غير معلومة لنا وظن المعلم (كشنميستر) أن الديدان الاسطوانية مدة علوقها تتحرك حركة قوية اشبه شئ بالهزل والاستدلال بالهيئة الباهتة الضعيفة ووجود الاضطرابات العصبية المذكورة على وجود الديدان الاسطوانية فى امعاء الاطفال اشهر خطأ من الاستدلال بوجود مثل هذه الاعراض على وجود الديدان فى امعاء البالغين ومن الاطباء من يغتر فيظن انه عرف حقيقة المرض بخروج بعض هذه الديدان الاسطوانية بالتبرز أو القئ من مثل هؤلاء الاطفال فلا يهتم بالبحث الجيد ثم تظهر له حقيقة الحال فيجزم بان الديدان لم تكن هى السبب فى المرض بل ان الاطفال مصابة باستسقاء دماغى او مرض آخر من الامراض الثقيلة ونظير ذلك يقال فى الحمى المعروفة بالحمى الديدانية فانه وان جاز ان الديدان الاسطوانية ينشأ عنها احيانا نزلة معوية وظواهر حمية خفيفة لكن الغالب ان الديدان الخارجة ليس لها ارتباط ما بالحمى المنسوبة لها واذا وصلت الديدان الاسطوانية الى المعدة ينتج عنها احيانا ملل وضجر عظيمان وقئ

بحيث لا تكون للمرضى قدرة على وصف أحوالهم والاحساس القائم بهم فيقع الطبيب فى حيرة الا ان تنقذف الديدان بالقئ ويتضح الحال وقد لا ينشأ عن صعود الديدان الى المعدة والمرئ الا اعراض واهية جدا حتى ان الديدان تخرج من الفم مدة النوم بدون استيقاظ المريض وقد تصل هذه الديدان الى الحنجرة فى أثناء سيرها وحينئذ يحصل للمريض تضايق تشنجى فى المزمار فقد شوهد موت بعض الاطفال من هذا العارض النادر الحصول واذا دخلت الديدان فى القناة الصفراوية نتج عن ذلك عائق فى سير الصفراء واذا امتدت زيادة عن ذلك ودخلت فى القناة الكبدية نتج عن ذلك التهاب كبدى خفى لانه يندر جدا معرفة السبب الحقيقى لمثل هذه العوارض ونسبة اعراضها لزوغان الديدان

واما ذوات الذنب الدقيق فينشأ عنها اكلان متعب بحركاتها عند قربها من الاست أو الخروج منه وذلك يزداد مساء وليلا حتى انه يمنع النوم ويصطحب ذلك بتطلب متكرر للتبرز ويوجد فى المواد البرازية المنقذفة المختلطة كثيرا بالمواد المخاطية ديدان صغيرة تتحرك بحركة ثعبانية واذا سعت فى الفرج او المهبل بعد مرورها على العجان صار هذا العضو مجلسا لاكلان وغليان صعب جدا ثم ان التهيج الناتج عن هذه الديدان والاحتكاك الذى يصاحبه قد ينتج عنه التهاب نزلى يغش امهات البنات فيلتجئن الى الطبيب ظنا منهن ان بناتهن مصابات بالسيلان الابيض وفى مثل هذه الاحوال يدلنا البحث الدقيق بسرعة على حقيقة المرض

واما الديدان الشعرية الرأس فلا ينتج عنها ظواهر مرضية

(المعالجة)

اما المعالجة الواقية فالوسايط التى ينبغى استعمالها للوقاية من الديدان الشريطية الوحيدة تستنتج مما ذكر آنفا فلا ينبغى تعاطى لحم الخنزير الا بعد طبخه بطريقة كافية لفساد الديدان الحويصلية التى يحتوى عليها هذا اللحم احيانا وينبغى زيادة على ذلك الاحتراس فى تعاطى اللحوم النيئة المستعمل الآن بكثرة فى علاج الاطفال فتؤمر الامهات بنشر اللحوم بنفسها خوفا من وصول جرثومة الديدان الحويصلية الى بطون اولادهن ويؤمر الطباخون

بعدم ذوق اللحوم النيئة المعدة لعمل السجق وبعدم وضع سكين المطبخ فى الفم كما يؤمر الجزارون بعدم استعمال السكاكين التى يجزون بها اللحم النىء فى قطع السجق ولحم الخنزير وحيث ان أسباب الديدان الاخرى وكيفية انتقالها مجهولة فلا يمكننا ان نذكر وسايط صحية للوقاية منها

ولاجل طرد الديدان الشريطية لايستعمل من الادوية العديدة التى كانت تستعمل سابقا الاجذر السرخس الذكر وقشور جذر الرمان والكوسو وزيت الترمنتينا

اما جذر السرخس المذكور فالظاهر انه قوى التأثير فى الديدان الشريطية ذات العقل العريضة بخلافه فى الوحيدة فكثيرا ما لايجدى نفعا فيها وتستعمل قشوره مسحوقة من جرامين الى أربعة (أى من نصف درهم الى درهم) ويكرر استعماله مرتين أوثلاثة ويتعاطى على الريق صباحا أومساء قبل النوم كما أوصى به بعضهم وبعد مضى بعض ساعات أوفى الصباح ان كان تعاطى المسحوق فى المساء يؤمر المريض بتعاطى مسهل قوى مركب فى الصمغ النقطى والمحمودة والزئبق الحلو أو من ثلاثين الى ستين جراما من زيت الخروع وأقوى اشكال السرخس تأثيرا وأسهلها خلاصة السرخس الاتيرية فتعمل حبوبا بعد ان يضاف اليها مقدار مساو لها من المسحوق ويعطى من جرام الى اثنين على مرتين ثم ان جذر السرخس الذكر له دخل عظيم فى الادوية العديدة المركبة الطاردة للدودة الوحيدة التى تركت فى هذا العصر شيأ فشيأ

واما قشور جذر الرمان فالظاهر انها متى كانت حديثة نفعت نفعا أكيدا فى طرد الدودة الوحيدة والمقدار النافع منها من خمسين جراما الى مائة (أعنى من أوقيتين الى أربعة) فى قدر ثلثمائة وخمسين جراما الى سبعمائة جرام من الماء منقوعة أربع وعشرين ساعة ثم يغلى حتى يبقى نصف السائل ويعطى منه على الريق صباحا على ثلاث مرات الا انه وان كان جيد التأثير يحدث عنه فى احيانا ومغص شديد يتألم منه المريض عدة ساعات والانسب الذى يوصى به تجربة المنقوع البسيط قبل استعمال المطبوخ وهذا المنقوع يجهز بأخذ مقدار من أوقيتين من قشور جذر الرمان الى أربع أواق وتأثير المنقوع

البسيط ألطف جدا من حيث ان المريض لا يحس بمكابدة تما وكثيرا ما شوهد من تعاطيه طرد الدودة المذكورة بل شوهد طرد ثلاث منها مع رؤسها فان لم ينجح استعمال المنقوع فلا مانع من استعمال المطبوخ بعد ذلك وعقب استعمال قشور جذر لرمان تنقذف هذه الدودة بدون تجزئها الى قطع بل الغالب ان تكون ملتفة على نفسها ككبة الغزل ثم ان لم تنقذف بعد تعاطى أول مقدار بساعة الى ثلاث ساعات فالاجود اعطاء أوقية او اثنتين من زيت الخروع وأوصى المعلم (كشنميستر) بتجهيز خلاصة من أربع أواق الى ست من قشور جذر الرمان وتمزج هذه الخلاصة بست أواق أو ثمان من الماء الساخن و بجرام أو بجرام ونصف من الخلاصة الاثيرية للسرخس الذكر وأربع قمحات او ست من الصمغ النقطى ثم يعطى قدر فنجان أو أكثر من هذا المخلوط فى كل ثلاثة أرباع من ساعة لاجل طرد الديدان فان لم يثمر ذلك فى ظرف ساعة ونصف يعطى فنجان ثالث منه

واما الكوسو (ويعرف بالشربة الحبشية عند العوام وبالشاو) فهو عبارة عن الازهار المجففة المسحوقة من نبات يسمى بالبريرا الطاردة للدود وهذا الجوهر الدوائى الذى وصل الينا عن قريب من بلاد الحبشة لم يصادف الامل العظيم الذى قيل به فى ابتداء ظهوره مصادفة تامة وأقل ما هنالك ان النتائج العظيمة جدا التى مدحها بعضهم لم تثبت عند آخرين ويعطى من هذا الجوهر مقدار من درهمين الى نصف أوقية اما منقوعا بالماء أو ممزوجا بالعسل على صفة مربى ويعطى هذا المقدار على مرتين صباحا فى ظرف نصف ساعة وقبل تعاطيه يعطى للمريض فنجان من القهوة فان حصل له غثيان أعطى له قليل من عصارة الليمون وان لم يحصل التبرز بعد ثلاث ساعات أمر له بمسهل زيت الخروع أو السنا

واما زيت الترمنتينا فهو وان كان من أقوى الادوية الطاردة للديدان الشريطية فلا ينبغى استعماله الا عند الضرورة فانه اذا أعطى بكمية وافرة لطرد الديدان نتج عنه زيادة عن رداءة طعمه تهيج عظيم فى المسالك البولية ويعطى منه قبل النوم من أوقية الى اثنتين منفردا أو مخلوطا بالعسل أو بزيت الخروع أو مستحلبا

ثم انه لا ينبغي اعطاء هذه الجواهر الا بعد انفصال أو انقذاف بعض حلقات ديدانية انقذافا ذاتيا واما تأثير العلاج لاوقات معلومة في منازل القمر التي يسهل انقذاف الديدان فيها تبعا للاعتقادات الفاسدة فلا يلتفت اليه وبالجملة يلزم قبل المعالجة الشفائية معالجة تجهيزية بان يحتمي المريض وتنظف امعاؤه بزيت الخروع و يغذى أياما بالاغذية المملحة كالفسيخ ولحم الخنزير المملح وغير ذلك كالبصل والمتبلة بالافاويه ومن هذه المعالجة ما أوصى به من استعمال بعض الثمار كتوت الارض والثمار ذوات البزور الرفيعة فان هذه البزور تضعف الديدان وتصيرها مريضة كما قاله (كشميستر) ولا يعتبر العلاج تاما الا اذا شوهد رأس الدودة الشريطية لكن من المعلوم انه يمكن وجود جملة ديدان وحيدة في المعي وفي هذا العصر استعمل جوهر دوائي يسمى بالكمالا وهو مسحوق يوجد من تجروش رؤس النبات المسمى روتليرا تنكتوريا فيؤخذ منه من درهمين الى ثلاثة مخلوطا بالماء وكذا قشور المارسينا من أوقية الى اثنتين ممزوجة بالعسل وجذور البوتا من درهم الى اثنين وغيرها من الجواهر الدوائية حتى قيل بجودة تأثيرها في الشريطية وبتكرارها يظهر لها تأثير قوي مخصوص والجوهر الدوائي الممدوح بكثرة في طرد الديدان الاسطوانية هو بزر الشيح الخراساني وهو الزهر الذي لم يتفتح من أكمامه وهو من نبات يعرف بالارتمسيا الطاردة للدودة الشريطية وقد رفضوا الآن طريقة اعطاء المخلوط المتخذ من مسحوق بزر الشيح المذكور والجلبة والوالريانا والعسل ونحو ذلك من الجواهر التي كانت تعطى على شكل مربى وكان يعذب بها مرارا جميع الاطفال تقريبا كل سنة كما ترك ما ذكر على شكل شكولا الشيح أو اقراصه والذي عليه العمل الآن استحضارات أخرى أسهل تعاطيا وآكد منفعة كخلاصة الشيح المذكور الاتيرية لاسيما السنتونين وهو الجزء الفعال من هذا الشيح فمن الخلاصة يعطى للطفل مقدار من خمس قمحات الى عشر كل يوم ومن الثاني من ثلاث قمحات الى أربع ويوجد في الاجزاخانات ملبس سنتونيني مجهز ذو طعم مقبول في كل واحدة منه من نصف قمحة الى قمحة من السنتونين وقد أوصى المعلم (كشميستر) بحل قمحتين الى أربع من هذا السنتونين في أوقية

من زيت الخروع ويعطى منه ملعقة بن ساعة بعد أخرى حتى ينتج المطلوب وأقوى منه نتيجة استعمال سنتونات الصودا وهو ألطف من ذلك تأثيرا فيؤخذ منه أياما متوالية صباحا ومساء مقدار من قمحتين الى خمس ومتى أعطى بزر الشيح او أحد استحضاراته لزم أن يعقب بمسهل ولا حاجة لغير ما ذكر من الجواهر الطاردة للدودة لقذف الديدان الاسطوانية

واما طرد الديدان المستدقة الذنب من المستقيم فيكفى فيه استعمال الحقن وأجودها المأخوذة من الماء البارد والخل لكن يلزم اعطاؤها بكمية عظيمة لاجل وصولها الى الديدان الساكنة فى التعريج السينى وطريقها مع التمادى على استعمالها زمنا طويلا وينبغى فى الاحوال المستعصية ان يضاف الى الحقن المذكورة محلول خفيف من السليمانى بان يؤخذ منه ربع قمحة فى أوقيتين من الماء

(المبحث العاشر)

(فى الحمى المعدية وتسمى بالمخاطية والصفراوية)

كثير من الاطباء لاسيما الالمانيين يعنى بلفظ الحمى المعدية أحوالا مرضية ذات سير حاد فيها لا يصطحب الاضطراب العام الحمى الثقيل الا بظواهر سوء الهضم ومصحوبة باسهال غالبا ولا يوجد فيها اعراض تدل على تغير مرضى ثقيل فى عضو من الاعضاء المهمة ومثل هذه الاحوال المعبر عنها بالحميات المعدية يعتبرها الاطباء المشتغلون بالطب العملى بالمارستانات العظيمة خاصة أحوالا تيفوسية خفيفة ولابد من رفض ذلك الاعتبار فان كل طبيب مشتغل بالطب العملى بين الاهالى لابد وان يكون قد شاهد عدة أحوال مرضية متفاوتة المدة طولا وقصرا بدون ان يكون فيها أدنى شبهة تسمم تيفوسى تحت يقينا من عدم التدبير الغذائى الصحى وهى تطابق بالكلية الحميات المعدية فعلى هذا ينبغى اجتناب القول بحصول تسمم تيفوسى ولو فى الاحوال التى لم يثبت فيها حصول التباعد عن التدبير المذكور والاعتراف بالقول بان كلا من تأثير البرد والمؤثرات الجوية والارضية وغيرها من المؤثرات المرضية يحدث مجموع اعراض من هذا القبيل وليس القصد من ذلك انكار ان عدة من الاحوال التيفوسية الخفيفة تشخص وتعتبر حمى

معدية

ثم ان الحمى المعدية تبتدئ غالبا بقشعريرات خفيفة متكررة ويندر ان تبتدأ النوبة بقشعريرة واحدة ثقيلة وسرعة النبض تزداد فجأة فتصل الى مائة درجة او أزيد فى الدقيقة الواحدة وترتقى الحرارة طبقا للقياسات القابلة المعلومة تارة الى درجة لطيفة وتارة الى درجة مرتفعة فقد تصل الى درجة ٣٩ أو ٤٠ وتضطرب الحالة العامة اضطرابا عظيما ويحصل انحطاط عظيم ثلازم فيه المرضى الفراش وتتألم الاطراف سيما المفاصل فيحس فيها بتكسر ويحدث ألم غير مطاق فى الرأس يزداد بنوم المرضى وارتكازهم على وسائدهم ولو من الريش وربما تناقص بتعصيب الرأس بقوة بنحو منديل (تنبيه الوسيلة المذكورة تستعمل بكثرة عند المصريين لتسكين آلام الرأس الشديدة التى توصف بها هذه الحمى) و يفقد النوم رأسا أو يضطرب باحلام رديئة وتختلف شدة الظواهر المرضية الآتية من جهة المعدة والمعى فالغالب ان تفقد الشهية و يتغطى اللسان و يصير طعم الفم عجينيا أو مرا ورائحة النم تكون منتنة وتشتكى المرضى باحساس بضغط أو امتلاء فى القسم الشراسيفى وتزداد حساسيته بالضغط عليه و ينضم لذلك تجشؤ من غازات أو سوائل حمضية ناتجة عن فساد الهضم وقد يحصل قئ متكرر وفى الابتداء يعتقل البطن ثم يحصل اسهال سيما ان استطال المرض زمنا طويلا ويسبق هذا الاسهال بمغص متفاوت الشدة و يقذف به مواد سائلة متلونة بالخضرة بسبب الصفراء الفاسدة وكثيرا ما تكون هذه المواد مخاطية

ومجموع الظواهر المذكورة قد يزول بسرعة بحيث ان المريض الذى كان فى حالة مزعجة فى أول يوم يكون فى اليوم التالى فى حالة شفاء تام (وهذا ما يسمى بالحمى اليومية) وان ظهر طفح هربسى على الشفتين فلا يعتبر شكلا مرضيا مخصوصا و يسمى بالحمى الهربسية فانه كما يصاحب الحمى المعدية بكثرة كذلك يصاحب الرئوية والمتقطعة وربما كان فيهما أكثر فحينئذ لا يكون له فى المرض الاول كبير أهمية زيادة عن الاخيرين وفى غالب الاحوال لا يزول هذا المرض فى يوم واحد بل يستمر عدة أيام غالبا و يندر مكثه زيادة عن أسبوع وعند الاشخاص الذين لا يتحملون ارتقاء درجة الحرارة الحمية

أو أنه وكذا الناشئة عن تولد هذه الحرارة تولدا زائدا (وقد ذكرنا أنه يوجد من هذه الحيثية اختلاف عظيم باختلاف الاشخاص) يتضح الانحطاط اتضاحا بينا بسرعة ويضطرب الدماغ ويحل محل الاحلام المفزعة هذيان وان ظهر في اللسان جفاف عظم الالتباس بالتيفوس وكثيرا مالا تتضح حقيقة الحال الا في اليوم السادس الى الثامن عقب طرو تحسين لجفافي ونقاهة سريعة

وحيث يتعسر تمييز الحمى المعدية عن التيفوس حال ابتدائه ينبغي الاحتراس في التشخيص والحكم على العاقبة في الاسبوع الاول فان مما يخل جدا بشهرة الطبيب حكمه بتشخيص الحمى المعدية مع التأكيد وتعشمه بالشفا من يوم ليوم ثم يظهر التيفوس في الاسبوع الثاني أو الثالث باعراضه الثقيلة كما يعاب عليه أيضا اذا شخص المرض بحمى عصبية أعنى تيفوسا ثم انتهى هذا المرض في الاسبوع الاول بالشفا بحيث ان المريض عما قليل من الايام يخرج يتمشى للرياضة اذ لا يخفى ولو على العوام ان الحمى المعدية لا تصير معدية عصبية عند تسلط الظن أمور مخصوصة وتستحيل الى حمى عصبية أى تيفوسية بل من المعلوم عند من ذكران كلا من هذين المرضين مختلف الطبيعة من ابتداء حصوله والاهم في التشخيص التمييزي لهما في الاسبوع الاول أولا اعتبار المؤثرات السببية فان كانت المؤثرات المرضية التي سبقت المرض من المؤثرات المحدثة لنزلات معدية معوية أدى ذلك في الاحوال المبهمة الى غلبة الظن بكون مذكر حمى معدية واما ان وجدت أحوال تيفوسية بكثرة في مدينة مثلا أو ما يحيط بها ولم تسبق بعدم تدبير غذائى صحى يعتبر سببا للمرض فان ذلك يؤدى الى غلبة الظن بحصول التيفوس ثانيا ارتقاء درجة الحرارة في الحمى المعدية فان ذلك غير منتظم فيها كما يكون واصفا للتيفوس وسنوضح ذلك فيما بعد ثالثا وجود التهاب نزلى في الفروع الشعبية الرفيعة الدال عليه كل من السعال والخراخر المفرقعة فانه مما يرجح القول بوجود الحمى التيفوسية لا المعدية ولو وجد فيها احيانا نزلات شعبية وهذه الاحوال يعبر عنها بالحمى المعدية النزلية رابعا وجود الطفح الهربسى حول الفم يؤكد القول بعدم التيفوس خامسا وجود تردد في الطحال وظهور طفح وردى على القسم العلوى من البطن في الاسبوع الاول ينفي القول بوجود

حمى معدية ويؤيد وجود التيفوس

وهناك أحوال تختفى فيها الظواهر المعدية المعوية بالنسبة للاضطراب البنى العمومى الثقيل بالكلية بحيث يشك فى كون القناة المعوية منشأ المرض أم لا وفى كون الحمى وظواهرها المتعلقة بها تعتبر أعراضا للنزلة المعدية المعوية أم لا ومثل هذه الاحوال يؤدى للقول بوجود حميات بسيطة (ذاتية) وتعرف بالبسيطة المستمرة وبالسونوخس ومن البعيد على العقل ان النتيجة الوحيدة لتأثير سبب مضر فى الجسم هو طرو الحمى بل الظاهر القريب للعقل انه يوجد ولا بد تغيرات جوهرية خفية لا تدرك ويعضد هذا القول ما هو معلوم من التجارب انه كثيرا ما يشاهد فى أحوال الالتهابات الرئوية والحمرة الجلدية والالتهابات النزلية الشديدة فى الغشاء المخاطى الانفى والشعبى كل من الحمى والاضطرابات البنية العمومية وانضاحها قبل ظهور الاعراض الموضعية وهنا لا يسوغ القول بوجود حمى أصلية من الابتداء انضم اليها فيما بعد اصابة مرضية موضعية سببها وان الحمى تسير مع هاتيك الاعراض من وقت ظهورها وينتهى سيرها بانتهاء سير الاصابة المذكورة ويتضح لى طبقا لتصورى انه ان لم ترتق الاصابة المادية الخفية الى درجة ينشأ عنها اضطرابات وظيفية مدركة تكونت الحالة المعبر عنها بالحميات الذاتية أو الاصلية ومع ذلك فلا يستنبط من سوء الهضم الخفيف الذى يكون فى كل حمى وفقد الشهية وتغطية اللسان الخفيفة ونحو ذلك اعتبار كل حمى انها معدية

وقد أكد المعلم (جرسنجر) ما ذهب اليه من ان الاحوال المرضية النادرة التى تسير بظواهر مستمرة كثيرة الوضوح واضحة المعبر عنها بالحميات المخاطية عبارة عن اصابات تيفوسية تسير بكيفية واضحة غير اعتيادية ولا أعلم ان كان هذا الطبيب قد أجرى الصفات التشريحية فى أحوال عديدة من الاحوال التى نحن بصددها أولا كما لا أدرى من أى ينبوع استنبط انه فى مثل هذه الاحوال المرضية يوجد قروح معوية آخذة فى الشفاء وكل من استطالة مدة هذا المرض وخفة درجة الحمى وعظم امتداد الاصابة النزلية وتكون المواد المخاطية بكمية عظيمة وغير ذلك يلجئنى الى الشك فى صحة ما ذهب اليه هذا الطبيب المذكور حتى أقف بالدقة على حقيقة ما اليه ذهب واما الذى ساذكره

بالنسبة لاعراض الحمى المخاطية وسيرها فانى آخذه من مشاهداتى الخصوصية ومن شرح المعلم (ثونلين) على هذا المرض الموافق بالكلية لمشاهداتى

وهذا المرض لا يبتدئ بسرعة النبض العظيمة وتكسر الاطراف وألم الرأس الشديد والقلق التى تبتدئ بكل منها الحمى المعدية بل يكون النبض قليل التواتر ودرجة الحرارة قليلة الارتفاع وتحس المرضى بهبوط واضح جدا وتكون فى حالة انحطاط وميل للنعاس وكراهة كلية لتعاطى شئ ما من المطعومات وان جبرت على تعاطى شئ مما ذكر حصل لها احساس متعب بامتلاء فى البطن ينضم له غثيان حتى يحصل القئ وبه تنقذف كمية عظيمة من مواد مخاطية لزجة وكذا كل من النزلة الفمية والحلقية المصاحبة لهذا المرض يكون ذا صفات مخصوصة فاللسان يكون ابتداء مغطى بطبقة سميكة مصفرة وكل من الاسنان واللثة وقوائم اللهاة والبلعوم مغطى بطبقة مخاطية لزجة ثم تنقذف غالبا الطبقة البشرية المغطية للسان فيظهر أحمر كأنه قطعة لحم نيئة أو مدهون بمادة حمراء وفى وقت الصباح تقذف المرضى اما بواسطة البصاق أو التنخم أو الغثيان أو القئ ونحو ذلك مواد مخاطية لزجة خيطية بكمية عظيمة يضيق عنها ماعون البصاق وتكون مواد البراز مختلطة أيضا زيادة عن المطعومات غير التامة الهضم بمواد مخاطية غزيرة وكذا الافراز البولى يترك راسبا كثيرا المواد المخاطية والحمى تبقى كذلك فى أثناء سير هذا المرض خفيفة ذات طرز متردد أو مستمر وتقع المرضى فى حالة هبوط عظيم ويزداد هذا الهبوط ازديادا عظيما بحيث ان هؤلاء المرضى ولو فى غير وقت النعاس تستلقى على أظهرها فى فراشها غير مستيقظة لما حولها من الاشياء بل ولا لنفسها وحالة مرضها وعند اتجاه هذا المرض نحو الشفاء فى الاسبوع الثالث أو الرابع غالبا يزول تكون الافراز المخاطى بالتدريج وتعود الشهية ببطء ويصير النبض بطيأ والمرضى المنهوكة لا تكتسب قواها الاصلية الا بعد زمن طويل ويكفى أقل مؤثر فى احداث النكسة فيعود المرض ثانيا حتى يمضى على ذلك عدة من الاشهر فيحصل اما الشفاء التام أو الهلاك لهؤلاء الضعفاء المنهوكين

واما حل مسئلة الاحوال المرضية المعبر عنها عند الاقدمين من الاطباء بالحميات الصفراوية فعسر وبالتجارب التى أجريتها فى السنين الاخيرة أظن القرب نوعا الى فهم الامراض الحمية التى تسير بظواهر يرقانية وأوضحها تقريبا عما سلف فى العصر الخالية وذلك أنى الآن لا أظن أن اليرقان ينشأ عن ازدياد الصفراء الذى يتكون به كمية عظيمة منها زيادة عما يسيل من المسالك الصفراوية وانه بذلك يمتص جزء من الصفراء المتزايدة المنفرزة بل الذى أجزم به ان نوع اليرقان الذى يصاحب الحميات الثقيلة دموى بمعنى انه ينشأ عن تلاشى كرات الدم واستحالة المادة الملونة له المنفصلة عنه الى مادة ملونة صفراوية وسأتكلم على ذلك مفصلا عند أمراض الكبد ولنقتصر هنا على الاعتبارات الآتية وهى انه فى التسمم الصديدى للدم وحمى النفاس وغير ذلك من الامراض التسممية يحصل استحالات جوهرية فى الاعضاء المختلفة عقب ارتقاء درجة الحرارة ارتقاء عظيما ولابد وان يشترك الدم فى تلك الاستحالات ومن النادر ان يحصل فى أثناء سير الاصابات الالتهابية سيما الالتهابات الرئوية تحلل فى الدم كما كان يزعمه الاقدمون ويعقب ذلك يرقان دموى وبالجملة فقد تؤدى الاصابات النزلية التى تعترى الغشاء المخاطى للقناة الهضمية والشعبية الى استحالات جوهرية فى الكبد والقلب والكليتين والدم فقد شاهدت فى السنين الاخيرة جملة مرضى مصابة بنزلات شعبية أومعوية بسيطة هلكت باعراض ثقيلة من جهة المجموع العصبى مع ظواهر يرقانية وانتفاخ فى الكبد قليل وضربات غير منتظمة ومتقطعة فى القلب وبول زلالى وغير ذلك بدون أدنى شك فى حصول تسمم عفن منتشر ومثل هذه الاحوال التى تشاهد بكثرة احيانا كالالتهابات الرئوية الصفراوية وتوجد بكثرة فى البلاد الحارة جدا تطابق بالكلية مايسميه الاقدمون بالحميات الصفراوية ولابد وان توجد أحوال من البيميا وغيرها من الامراض التسممية يعبر عنها خطأ بالحميات الصفراوية

(المعالجة)

حض الكلوروودريك له شهرة عظمى فى معالجة الحمى المعدية ولا نتعرض الى كون التركيب الذى يكاد يستعمل دائما المأخوذ من جرامين (أعنى

نصف درهم) من حمض الكلوروديك المركز على مائتى جرام (أعنى ست أواق) من صواغ غروى أو منقوع خفيف من عرق الذهب من خمسة دسى جرام على مائتى جرام من الماء (أعنى ثمان قمحات على ست أواق) ويعطى من ذلك ملعقة فى كل ساعتين وله تأثير جيد جدا كما هو مشهور به وعلى كل حال فالغالب ان المرضى تتعاطاه مع القبول حيث انه يحصل منه تلطيف العطش تلطيفا عظيما فضلا عن اختلاطه بالعصير المعدى فيزيد فى خواصه الهاضمة كما دلت على ذلك التجارب الفسيولوجية

وفى الحمى المخاطية تستعمل القلويات الكربونية لاسيما صبغة الراوند المائية واستعملت ذلك بكمية عظيمة طبقا للمانص عليه (شونلين) فيعطى من ذلك ملعقة أكل كل ساعتين مع النجاح التام تابعا فى ذلك أيضا رأى من قال ان لهذا الجوهر الدوائى تأثيرا يكاد يكون نوعيا فى الحمى المخاطية ثم ان المرضى تسأم أنفسهم من التمادى على تعاطى الشربة كما شاهدت ذلك فضلا عن تحسين حالتهم بتعاطى بعض الخبز المجفف متبلا بقليل من الملح واما الحمى الصفراوية فالمستعمل فيها بكثرة الحوامض المعدنية والاجود فيها استعمال جوهر دوائى مضاد لهذه الحمى وهو الكينين فيستعمل بمقدار عظيم مع تنقيص الحرارة بواسطة التبريد والحمامات الباردة أو تلفيف الجسم بالملاآت المبتلة بالماء البارد

(الفصل السادس)

(فى أمراض البريتون)

(أعنى امراض الغشاء المصلى المستبطن للبطن)

(المبحث الاول)

(فى الالتهاب البريتونى)

(كيفية الظهور والاسباب)

يقال فى كيفية ظهور الالتهاب البريتونى ماقيل فى كيفية ظهور الالتهاب البليوراوى والتامورى لان التغيرات المرضية التى ذكرناها فى شرح تغيرات البليورا والتامور تحصل بتمامها فى البريتون عند التهابه وذلك انه من جهة يتكون تولد جديد من منسوج خلوى حديث أعنى نموا حديثا فى

هذا الغشاء ومن جهة أخرى يحصل نضح التهابى على سطحه ممزوج بأخلية حديثة أى كرات صديدية وفى أحوال من الالتهاب البريتونى المزمن قد يظهر ان التغير الالتهابى قاصر على نمو منسوج خلوى بريتونى بدون حصول نضح ثابت على سطحه فبناء على ذلك يغلب على الظن حصول تخن فى البريتون والتصاقات تشبه بالكلية تخن البليورا والتصاقاتها بحيث تكون نشأتها بدون ان ينشأ عن ذلك اعراض

ثم ان الاستعداد لهذا الداء عند شخص سليم قوى البنية غير عظيم سيما بالنسبة لشكله الحاد المنتشر فان المؤثرات المرضية الخفيفة التأثير الكافية فى احداث التهاب أغشية غير البريتون فى الاغشية المصلية والاغشية المخاطية يكاد لا ينتج عنها التهاب بريتونى أصلا ولذا ينبغى للطبيب ان يتمسك بالقاعدة العامة وهى انه متى أصيب شخص سليم من قبل بالالتهاب البريتونى يجب عليه الظن بوجود سبب من الاسباب الثقيلة التى سنذكرها فيما بعد ولا يظن وجود الالتهاب البريتونى المعروف بالروماتزمى الا بعد القطع بنفى هذه الاسباب الثقيلة بالبحث الجيد والاستعداد للاصابة بالالتهاب البريتونى وان كان قليلا كما ذكرنا فى السليمين الا انه يكثر جدا فى المصابين بامراض مصحوبة بالنهوكة كالدرن وداء برايت وغيرهما من الامراض المصحوبة بنهوكة وكذا يزيد الاستعداد المذكور فى النساء زمن الطمث اذ يكفى عندهن أقل سبب مضر فيحدث التهاب بريتونى وقد سبق ذكر الاسباب المانعة من اعتبار هذا الشكل من الالتهاب البريتونى كغيره من الالتهابات الرئوية والبليوراوية التى تحصل فى مثل هذه الاحوال من الالتهابات الثانوية وفى أحوال أخرى غير نادرة يكون هذا الالتهاب نتيجة لا واسطة لتسمم منتشر فى الدم وحينئذ يقاسى بالالتهابات الجلدية فى الامراض الطفحية الحادة وسنشرح هذا الشكل من الالتهاب البريتونى عند الكلام على الحمى التيفوسية وغيرها من الامراض التسممية للدم التى يكون فيها "بريتون مجالسا الالتهاب

واما الاسباب المتممة للالتهاب البريتونى فمنها الرض الشديد على البطن والجروح النافذة ومن العمليات الجراحية ما يندر جدا احداثه الالتهاب البريتونى كبذل البطن ومايحدثه بكثرة كعمليات الفتق المختنق ومايحدثه

دائما كالعمليات القيصرية أعنى شق البطن عند الولادة العسرة جدا ومنها تمزق الاعضاء المغشاة بالبريتون اوتثقبها ودخول سوائل أو مواد غريبة فى تجويف البطن فان هذا الالتهاب يمكن حصوله عن تثقب المعدة بقروح أو سرطان فيها وتقرحات الملتقة الديدانية والاعور والتقرحات التيفودية او الدرنية للمعى وتمزق الحويصلة المرارية او المثانة وتمزق خراجات الكبد او الطحال ونحو ذلك

ويمتد الالتهاب فى جميع هذه الاحوال بسرعة الى جميع سطح البريتون ويندر ان تقطع الالتصاقات القديمة الكائنة بين العرا المعوية سير هذا الالتهاب وتمنع امتداده الى باقى اجزاء البريتون بحفظه عن ملامسة الاجسام الغريبة المنسكبة فى البطن

ومنها ان الالتهاب البريتونى قد ينتج عن التهاب عضو مجاور لهذا الغشاء فان البريتون يشترك بالالتهاب مع الاعضاء المغشى لها كما تشترك البلدورا فى التهاب الرئة وذلك كحصول الالتهاب البريتونى الناتج عن الالتهاب الاعورى والفتق المختنق والاختناقات المعوية الباطنة والتواء الامعاء وتداخلها وكثيرا ما يمتد الالتهاب من اعضاء تناسل الانثى ويصيب البريتون كما ان التهابات الكبد والطحال يمكن ان تمتد الى هذا الغشاء وفى جميع هذه الاحوال يكون الالتهاب البريتونى قاصرا على الجزء المصاب فى الابتداء بل الغالب ان يكون قاصرا عليه فيما بعد أيضا وفى بعض الاحوال قد يمتد هذا الالتهاب وينتشر سيما اذا كان ناتجا عن اختناق معوى اونحوه

ومن النادر جدا أن يكون ناتجا عن تأثير البرد واضطرابات جوية أخرى غير معلومة كما تقدم ويكاد أن لا يحصل ذلك مطلقا عند سليمى البنية وقد جرت العادة بتسمية هذا الشكل بالالتهاب البريتونى الروماتيزمى

(الصفات التشريحية)

ولنشرح أولا التغيرات التشريحية للالتهاب البريتونى الحاد المنتشر فنقول

يكون البريتون ابتداء محمرا بسبب الاحتقان الوعائى الشعرى والارتشاح الدموى الحاصل فى خلايا منسوج البريتون ولاجل كشف هذا الاحمرار

ومشاهدته ينبغى ابعاد التراكمات اللفية المغطية له وسيأتى ذكرها ثم يتناقص
هذا الاحمرار وماذاك الا من انضغاط الاوعية الشعرية بسبب الانتفاخ
الاوذيماوى الذى يحصل فى جوهره وسطح هذا الغشاء يتكدر لمعانه بسرعة
عقب سقوط الطبقة البشرية ويشاهد سطحه خاليا وماذاك الا من تولدات
اخلية جديدة ترتفع على سطحه كماذكرنا ذلك فى الالتهاب البلبوراوى
واهم تغيرات جوهر البريتون مشاهدة النضح الذى يوجد على الدوام مغطيا
لهذا الغشاء المصلى ولو كانت مدة التهابه قصيرة جدا وطبيعة هذا النضح
وكميته تختلف اختلافا عظيما فانه قد لا يشاهد احيانا الا طبقة دقيقة شفافة
من مواد لفية منعقدة يسهل نزعها بسهولة على شكل غشاء رقيق مغط
للبريتون ومكون لالتصاقات رخوة بين العرا المعوية وبعضها ولا يوجد
نضح سائل بالكلية وفى أحوال أخرى يكون النضح المنعقد أكثر كثافة
وأقل شفافية وأكثر اصفرارا كالغشاء الكاذب ويوجد فى الاجزاء المنحدرة
من التجويف البطنى كمية متفاوتة العظم والقدر من مواد مصلية عكرة ندفية
وتارة قد يكون النضح عظيم الكمية جدا بحيث عند فتح البطن يخرج من
تجويفه سائل عكر ندفى غزير جدا وتبقى منه كمية بين العرا المعوية وفى
الحوض الصغير وعلى جانبى العمود الفقرى وزيادة على هذه التجمعات
الغشائية المغطية للبريتون توجد تجمعات مصفرة من مواد لفية منعقدة
اما سابحة فى السائل او ساقطة فى قاعه ومجتمعة فى الاجزاء المنحدرة من
تجويف البطن
ثم ان النضح القليل الكمية المحتوى على مواد لفية بكثرة يشاهد خصوصا
فى الالتهابات البريتونية الناتجة عن أسباب جرحية أو عن امتداد الالتهاب من
عضو مجاور للبريتون نفسه واما النضح المصلى الليفى العظيم الكمية
فيوجد غالبا فى الالتهابات البريتونية الناتجة عن التثقب أو عن التسمم
المنتشر سيما فى الالتهاب النفاسى وفى الاحوال النادرة من الالتهاب البريتونى
الروماتيزمى
وجميع طبقات الامعاء تكون فى الالتهاب البريتونى المصحوب بنضح غزير
محلا لاوذيما تفممية جانبية فتكون جدر الامعاء بسبب هذه الاوذيما

أكثر سماكة وتؤدى أوذيما الغشاء المخاطي المعوى الى افراز مصل غزير فى باطن القناة المعوية وبسبب شلل الطبقة العضلية يحصل تراكم كمية عظيمة من الغازات فى الامعاء بل تتكون الطبقات السطحية من الكبد والطحال والجدر البطنية مجلسا الارتشاح مصلى ومتغيرة اللون وبالجملة فلنذكر هنا انه بسبب النضح والغازات الممتدة للمعى يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى فيصل الى موازاة الضلع الثالث او الثانى فينضغط معظم اجزاء الرئة وبهذا توجب سرعة حصول الموت

واذا لم يهلك المريض حال ارتقاء الالتهاب الى أعلى درجة تغيرت الصفة التشريحية وفى الاحوال الجيدة يمتص الجزء السائل من النضح بسرعة ثم تزول المواد المنعقدة مع الكرات الصديدية المنحصرة فى هذه المواد او السابحة فى السائل وذلك بعد ان تكابد الاستحالة الشحمية فتسيل وتصير صالحة للامتصاص ومع ذلك تبقى على الدوام تكاثفات جزئية مع التصاقات بريتونية وفى احوال أخر اقل جودة لا يمتص الجزء السائل من النضح الا امتصاصا غير تام والكرات الصديدية التى كانت مختلطة به ابتداء بكمية قليلة تكثر جدا فيكتسب السائل هيئة صديدية والتعقدات الليفية لونا مصفرا او رخاوة عظيمة وقد تلتصق الامعاء فى بعض الاصفار التصاقا ممتدا بحيث يجتمع السائل فى جملة بورات منعزلة ثم اذا عاش المريض زيادة عن هذا الدور الذى يوجد غالبا عند الهالكين من الالتهاب البريتونى فى الاسبوع الرابع او السادس شوهد امتصاص السائل الصديدى المتكيس وتكاثفه واستحالته الى مادة مصفرة جبنية بل وكلسية تبقى متراكمة بتجويف البطن فى منسوج خلوى متيبس وفى بعض الاحيان يمتد التكون الخلوى الجديد العظيم الذى يحصل على السطح السائب من البريتون الى جوهر هذا الغشاء فيحصل فيه تقرح او تثقب فينصب النضح المتكيس اما فى الامعاء أو المثانة وينفذ من جدر البطن او يتجمع على هيئة بورات فى المنسوج الخلوى للحوض ويتخذ مسلكا نحو الخارج فى صفر منحدر

وفى الالتهاب البريتونى الحاد الجزئى تصير التغيرات التشريحية قاصرة على الغلاف البريتونى للكبد أو الطحال أو لجزء معوى او بعض العرا المعوية

المجاورة وعندما يكون النضح قليل الغزارة محتويا على مادة ليفية بكثرة يحصل التصاق الاجزاء الملتهبة ببعضها واما اذا كان النضح غزيرا جدا وكان زلاليا ليفيا أمكن ان يتكون عن ذلك بورات متكيسة بين الاجزاء الملتهبة كما فى الالتهاب البريتونى المنتشر وفى هذه البورات تحصل الانتهاآت السابق ذكرها

واما الالتهاب البريتونى المزمن فهو عبارة عن الشكل الذى يكون ابتداؤه كالالتهاب البريتونى الحاد المنتشر ثم يتبع سيرا بطيئا وتنتج عنه البورات الصديدية التى شرحناها لكن يوجد زيادة على هذا الشكل البريتونى المزمن خصوصا عند الاطفال تغيرات التهابية أخرى فى البريتون تصاحب الدرن المعوى والمساريقى وغير ذلك من الآفات المعوية وهذه التغيرات الالتهابية تكون من ابتداء ظهورها فى حالة مزمنة وتمتد الى جميع سطح الغشاء المخاطى وأقله الى معظم سطحه وهذا الشكل من الالتهاب البريتونى يتصف بنمو عظيم فى المنسوج الخلوى البريتونى فينتج عن هذا النمو ضخامة بريتونية تكون تارة هلامية وتارة ندبية والعرا المعوية تكون ملتصقة ببعضها على هيئة لفائف غير منتظمة الشكل ويوجد بين هذه العرا المعوية المتضايقة والمتقوسة مرارا بورات ممتلئة بمواد مصلية او صديدية تارة او بسائل دموى تارة أخرى واختلاط هذا السائل بالدم ينتج عن تمزق الاوعية الشعرية الرقيقة الذى ينشأ عند تكرار حصول اى التهاب مزمن فى اى محل كان فان الالتهاب المتكرر هنا لا يصيب المنسوج الاصلى فقط بل يصيب أيضا المنسوج الخلوى الجديد التكوين الكثير الاوعية الرقيقة المتكون على سطح البريتون فى الالتهابات المتقدمة الحصول وكثيرا ما يوجد فى هذا الشكل بجوار النضح الدموى درن متكون على سطح البريتون المتكاثف وبالجملة يوجد شكل من اشكال الالتهاب البريتونى المزمن الجزئى معروف فى انتهاآته أكثر من ادواره الاول ويحصل عند وجود التهابات مزمنة واستحالات مرضية فى الاحشاء البطنية وينتج عنه تكدر وتكاثف فى البريتون والتصاق الاعضاء الحشوية ببعضها وانجذاب الامعاء وانثناؤها

(الاعراض والسير)

الالتهاب البريتونى الحاد المنتشر تختلف الصفة التى يبتدئ بها باختلاف الاسباب التى احدثته ففى الالتهاب البريتونى الجرحى اول اعراضه هو شدة الالم الذى يبتدئ من محل الاصابة الجرحية وينتشر بسرعة الى جميع اجزاء البطن وفى الناتج عن التثقب سيما التثقب الفجائى الذى به تنصب جواهر مهيجة فى تجويف البريتون يكون العرض الاول لهذا المرض ألما شديدا زائدا عن الحد يحس به فى البطن السفلى ويصطحب هذا الالم ابتداء بانحطاط عمومى عظيم جدا ولا يصطحب بحمى شديدة الا فيما بعد

واذا حصل التثقب تدريجا وكانت المواد المنسكبة فى تجويف البطن قليلة الكمية والتهيج امكن ان تسبق اعراض الالتهاب البريتونى العام باعراض البريتونى الجزئى التى سنشرحها وفى الاحوال التى يمتد فيها الالتهاب من عضو مجاور الى البريتون لابتداء اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر فجأة كما تقدم فان الآلام التى كانت موجودة من قبل لا تتزايد الا شيأ فشيأ وتكون قاصرة فى الابتداء على الجزء الملامس للعضو الملتهب ثم تمتد بعد الى جميع البطن

وفى شكل الالتهاب البريتونى المعروف بالروماتيزمى والناتج عن التسمم المنتشر يبتدئ هذا المرض بقشعريرة وحمى شديدتين كهجوم غيره من الالتهابات الثقيلة

وسواء كان ابتداء هذا المرض فجائيا او تدريجيا وظهرت الحمى من الابتداء او فيما بعد فالالم على الدوام هو العرض الاكثر شدة ووصفا لهذا المرض فاى ضغط على قسم البطن مهما كانت خفته يصير غير مطاق بل قد لا يتحمل المريض الغطاء والملابس على البطن والمرضى فى هذا المرض لا تكون فى حالة قلق فى فراشها كما يشاهد عند المصابين بالمغص بل تبقى مضطجعة على ظهرها مع السكون ثانية أطرافها السفلى على الحوض وتتألم من أقل حركة فى وضعها واقل سعال يحصل لها ينتج عنه آلام شديدة فى البطن وتقلص فى الوجه وتتكلم المرضى ببطء عظيم ولا تتنفس الا سطحيا خوفا من الضغط الذى يحدثه سقوط الحجاب الحاجز الى اسفل وازدياد الآلام عقب ضغطه على البريتون ومن ابتداء هذا المرض يتوتر البطن وينتفخ ولا يمكن نسبة الاخير

فى الابتـداء الى النضح الذى يحصـل فى تجويف البطن فان كمية اذ ذاك لا تكون عظيمة جـدا بل معظم هـذا الانتفاخ ينتج عن تمدد الامعاء الممتلئة بالغازات وتوجيه الحالة الطبلية للبطن فى مثل هذه الاحوال ليس سهلا فانه لا يحسن نسبته الى تكون غازات بكمية عظيمة اذ لا يوجد ادنى سبب لسرعة فساد متحصل الامعاء كما انه لا يجوز القول بانه يحصل فى الالتهاب البريتونى تصاعدات غازية من الجدر المعوية فالذى يظهر ان الحالة الطبليـة منوطة بسهولة تمدد الغازات المعوية عقب استرخاء الجدر المعوية من جهـة وعوق خروج الغازات من جهة أخرى بسبب شلل الطبقة العضلية للامعاء والحالة الطبلية للبطن قد تكتسب بسرعة تقـدما عظيما جـدا ومن الواضح ان كلا من النضح والتمدد المعوى يحـدث ضغطا عظيمـا على الحجاب الحاجز كما يضغط على جـدر البطن ومن ذلك تنشأ اعراض خطرة للغاية فان الضغط الواقع على الفصوص السفلى من الرئة بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى والاحتقان الشـديد الذى يظهر فى الاجزاء غير المنضغطة من الرئتين بسبب عوق الدورة فى الاجزاء المنضغطة ينتج عنهما عسر عظيم فى التنفس وسرعة عظيمة فى حركاته بحيث يصـل عدد الشهيق فى الدقيقة الواحـدة من ٤٠ الى ٦٠ وعوق الدورة فى الرئتـين يمكن ان يمتد الى القلب الايمن والجذوع الوريدية الغليظة للدورة بحيث ينتج عن ذلك تلون سيانوزى خفيف عنـد المرضى وفى اغلب أحوال الالتهاب الحاد البريتونى المنتشر يوجد عنـدهم امساك مستعص وهذه الظاهرة تنسب الى شلل الطبقة العضلية المعوية الناتجـة عن الاوذيما التقمـمية الجانبية غير انه يشاهد فى الالتهاب البريتونى النفاسى اسهال مائى فانه فى هذا الشكل فى الالتهاب تمتد الاوذيما الى الطبقة المخاطية أيضا فينتج عن ذلك ارتشاح غزير مصـلى يندفع مع الخارج ولو مع شلل الطبقة العضلية متى وصـل امتلاء الامعاء الى حد معلوم بحيث اذا اجلست المريضـة المصابة بهـذا الشكل من الالتهاب وضغط على بطنها ضغطا خفيفا سال من الشرج كمية عظيمة من مواد مائية متلونة قليلا وكثيرا ما يصحب هذه الاعراض المذكورة التى ماعدا الاحوال التى يكون فيها الالتهاب البريتونى ناتجا عن تثقب القرحة المزمنـة للمعدة وتكون المواد المنقـذفة بالقئ فى الابتـداء

مخاطيـة قليلة التلون ثم تصـير مائيـة ثم مخضرة قليـلا ثم يتضح الاخضرار وأسـباب حصول القيء في هـذا المرض تارة وعدم حصوله تارة أخرى ليست واضحة فان اشـتراك الغـلاف المعـدي البريتوني في هـذا الالتهاب وعدم اشتراكه فيـه لا يكفي ان في توجيـه ذلك واذا امتـد الالتهاب الى الغـلاف البريتوني المثاني نتج عنه زحير بولي مسـتمر واحساس باحتـلاء مسـتمر ايضا في المثانة بحيث لو صغى الطبيب غير المتمرن الكلام المريض وتطلبه لاستفراغ ما في المثانة المحسوس له بادخال القساطير لاجل ماذكر لما أمكنه ان يخرج منها نقطا قليلة من بول مركز داكن وبالجملة فانه يعد من جملة اعراض الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر الحمى التي تحـدث عما قليل بعد طرو المرض اومعـه فالنبض يسرع كثيرا وتموجاته غريـة جدا وحرارة الجسم تصل الى ٤٠ درجة فاكثر وحالة المريض العامة تضطرب جدا كما يحصل في باقي الحميات الشديدة والدماغ يكون في الغالب سليما غير متكدر

ومتى كان سـير المرض ثقيلا فان جـميع الاعراض تأخذ في التثاقل والشـدة في أيام قلائل واما الالام فتـكون في الابتداء أشد ثم تتناقص وانتفاخ البطن يصـل الى أعلى درجة فيندفع كل من الـكبد وقمة القلب الى اعلى حتى يصـل الى الضلع الثالث وبالقرع يسمع في ابتداء المرض صوت ممتلئ طبلي وعنـد ازدياد النضح تسمع أصمية غير تامة في الاجزاء المنحـدرة من البطن وفي هـذه الحالة يشـتد قلق المرضى جدا طالبين للاسعاف وحالة بصرهم تدل على اليأس وان لم تفعل لهم استفراغات دموية غزيرة أو كانت كمية الدم غير متناقصـة بسبب غزارة النضح اكتسب وجههم لونا مزرقا سـيانوزيا ثم تضطرب الحواس اذ ذاك ويحصل لها انحطاط ويبتدئ عنـد المرضى الهذيان ويصغر النبض شيأ فشيأ وتزداد سرعته ويتغطى الجلد بعرق بارد فتهلك المرضى احيانا في اليوم الثالث أو الرابع من هجومه والاغلب في آخر الاسبوع الاول وعند ما يسـير المرض سـيرا جيدا وذلك في الاحوال الجيدة التي يتأتى فيها تبعيد الاسـباب المتممة لهذا المرض او التي تكون فيها هذه الاسـباب قليلة الشدة والخبث يتناقص الالم والانتفاخ الطبلي للبطن والحمى شيأ فشيأ ويحصل هدء في النفس ويصير خالصا ويعود المريض الى صحتـه بسرعة لكن الغالب ان

يبقى عنده مدة حياته اسهال اعتيادي واستعداد للمغص قبل التبرز بسبب الالتصاقات المعوية والانحناآت المعوية أيضا

واذا لم يهلك المريض في الاسبوع الاول ولم يحصل عنده أدنى تحسين واضح تغيرت صورة المرض غالبا وسار سيرا مزمنا فالالم يتناقص والبطن لا يصير حساسا الا بالضغط العظيم والانتفاخ الطبلي للبطن يتناقص لكنه لا يزول بالكلية وان كان قد اعترى المريض اسهال الى هذه الدرجة يحصل عنده اسهال خفيف واما اذا كان عنده اسهال من الابتداء بسبب الارتشاح الغزير للمواد المصلية في المعى زال هذا الاسهال وحل محله امساك وسرعة النبض ارتفاع الحرارة يتناقصان لكن لا يعودان الى الحالة الطبيعية وفي أثناء تناقص الانتفاخ الطبلي للبطن تتضح الاصمية في الاجزاء المنحدرة لهذا التجويف ويحس في الاجزاء الصماء بمقاومة تتضح شيأ فشيأ ثم يكتسب البطن شكلا غير منتظم ذا تحدبات والنضح المتكيس يمكن ان يكتسب هيئة الاورام غير المنتظمة والحمى وان كانت تلطفت الا انها لم تزل مستمرة وتظهر فيها ثورانات زمنا فزمنا فتنهك قوى المريض ويحصل تلاش في دمه ومفسوجاته فتزول الطبقة الشحمية وتضمر العضلات وتصير رخوة والجلد جافا متشققا ولا يندر ظهور اوذيما في الاطراف السفلى ثم تهلك المرضى في حالة نهوكة عظيمة جدا نحو انتهاء الاسبوع الرابع أو الخامس او السادس وان امتص النضح البريتوني كانت نقاهة المريض بطيئة وتستمر اعراض تضايق المعى والتصاقاته أكثر مما اذا كان امتصاص النضح البريتوني حصل بسرعة كما في الاحوال الحادة جدا وهذه الظواهر تكون ينبوعا لمكابدات شاقة عند المريض مستمرة واذا حصل تقرح في البريتون وتنقب واشتدت الحمى وازدادت الآلام وحصل اما ارتشاح في جزء محدود من جدر البطن واحمرار وتثقب فيه اوتكونت خراجات انصدادية تظهر في محال مختلفة منحدرة اوان الصديد يسكب في المعى ويتقذف مع البراز وهذه هي الحالة الجيدة والعادة ان تهلك المرضى في جميع الاحوال عقب النهوكة ولا ينجو منها الا القليل بعد نقاهة مستطيلة

واما الالتهاب البريتوني الحاد الجزئي فالغالب ان يسبق باعراض تختص بمرض

العضو

العضو الذى امتدمنه الالتهاب الى البريتون فان حصل الالتهاب المذكور
فى الحفرة الحرقفية اليمنى يكون مسبوقا باعراض الالتهاب الاعورى
والذى يكون مجلسه القسم الشراسيفى يسبق باعراض تقرح المعدة اوالمعى
او باعراض خراج فى الكبد وحصول هذا المرض وان كان متضحا بالم منتشر
فى جميع البطن الا ان الحساسية العظمى بجدر البطن عقب الضغط (وهى
عرض واصف تقريبا للالتهاب البريتونى) تكون قاصرة على جزء محدود
منه والانتفاخ الطبلى للبطن يفقد فى هذا الشكل او يكون جزئيا وكذا
الحمى تكون اخف مما فى الشكل السابق ومتى كان النضح غير غزير جدا
زالت هذه الاعراض فى أقرب وقت وانتهى بالشفاء التام مالم ينتج منه
التصاقات معوية تعوق حركات المعى اوانتهى المرض الاصلى بانتهاء آخر
واما سير الالتهاب البريتونى الجزئى فيختلف اذا نتج عنه نضح غزير وفى هذه
الحالة يسمع فى جميع امتداد الاجزاء المريضة صوت أصم عند القرع
ومقاومة هذه الاجزاء تكون عظيمة أيضا وتشتد شيأ فشيأ الى ان يحس عند
الجس بورم فى جدر البطن ومثل هذه البورات يندرمشاهدتها عقب تنقب
القروح المعدية ويكثر مشاهدتها عند حصول تنقبات معوية خنازيرية
تدريجية أو عقب تقرحات الاعور والملاقة الديدانية وسير هذه لبورات كسير
البورات التكيسية التى تظهر عقب الالتهاب البريتونى المنتشر البطىء
السير
واما الالتهاب البريتونى المزمن الذى يشاهد فى سن الطفولية ويكون مصاحبا
للدرن المعوى والمساريقى فقد شرحه المعلم (هينوخ) فى كتابه على امراض
البطن السفلى شرحا بينا فقال ان الاطفال الذين يصابون به يكونون ذوى بنية
نحيفة خنازيرية ويظن وجود الديدان المعوية اوالسل المساريقى عندهم
بسبب المغص الذى يحصل لهم زمنا فزمنا والاسهال الذى يعقبه الامساك
وتقدم النحافة وعند البحث الجيد عن البطن الذى ينبغى فيه الالتفات الى
عدم اعتبار زيادة حساسيته علامة دالة على الالم يشاهد كثرة تالم البطن فى
اصقاع متعددة عند الضغط بل قد تحصل آلام فيه عن مجرد انقباضات العضل
البطنية بحيث تلتجئ الاطفال للصراخ عند فعل المجهودات الاعتيادية للتبرز

والنحافة عند مثل هؤلاء الاطفال تتقدم تقدما عظيما جدا فى أشهر قليلة وتثور الحمى نحو المساء عادة وحينئذ يتوتر البطن شيأ فشيأ بحيث يكتسب شكلا كرياً وتتوتر جدر البطن وتصير لامعة ويوجد فيها أوعية وريدية متمددة وعند الضغط على البطن فى هذا الزمن يوجد شديد التألم ويحس فيه بمقاومة ذات مرونة وعند القرع على هذا التجويف توجد اماأصمية فى الاصقاع المنحدرة يتغير وضعها باختلاف وضع المريض وهذا يدل على وجود انسكاب سائل فى البريتون او أنه يوجد عند القرع صوت أصم فى جميع امتداد البطن بسبب انجذاب المعى نحو العمود الفقرى بالالتصاقات المساريقية وبذلك يلامس الانسكاب الجدر البطنية وفى معظم الاحوال يكون صوت القرع ممتلئا طبليا فى محاذاة المعى وأصم فقط فى محاذاة الاصقاع التى فيها النضح السائل ومن جميع ماذكرناه من الاعراض تسهل معرفة هذا المرض الذى هو كثير الطول جدا وينتهى على الدوام انتهاء محزنا اما بنفسه أو بمضاعفاته

واما الالتهاب البريتونى المزمن الجزئى الذى كثيرا ما يشاهد آثاره فى الجثة على شكل سماكة او التصاق أو انكماش ندبى فى البريتون كسماكة البليورا او التصاقاتها فحصوله يتم بكيفية كامنة كالالتهاب البليوراوى الذى ينتج عنه تغيرات مماثلة لذلك وحينئذ لا يمكن شرح صفة هذا الشكل من الالتهاب البريتونى المزمن

(التشخيص)

اختلاط الالتهاب البريتونى بغيره من الامراض ليس كثير الوقوع فان كلا من شدة حساسية البطن عقب الضغط القليل وانتفاخه الطبلى والحمى فى الشكل الحاد منه يكاد يستدل منه دائما على حقيقة التشخيص وقد يحصل بعض تعسر فى تشخيص شكل هذا الالتهاب متى كان ناشئا عن تثقب قرحة معدية او اثنى عشرية قبل معرفته من قبل فان كلا من تغير السحنة وبرودة الجلد وصغر النبض وانخساف البطن وغير ذلك من اعراض الانحطاط العام الثقيل يعلن بوجود مغص شديد أكثر من دلالته على وجود الالتهاب البريتونى الحاد لكن متى تيقظ الطبيب وعلم ان علامات كل من التقرح

المعدى

المعدى والاثنى عشرى قد تكون خفية جدا والتفت لشدة حساسية البطن عند الضغط الذى يشاهد فى هذا الشكل من الالتهاب البريتونى من الابتداء أمن من الوقوع فى الخطا والالتباس فى التشخيص

وقد يتغيب على الطبيب التمييز بين المغص واحتباس الحصوات الصفراوية او البولية وبين الالتهاب البريتونى ومع ذلك لا يوجد فى الحقيقة عسر فى التشخيص التمييزى بينهما الا فى الاحوال التى يوجد فيها مثلا عند الاستيريات آلام عصبية مساريقية مصحوبة بازدياد حساسية فى الجدر البطنية او متى وجد مغص ر وماتيزمى أو مغص حصوى صفراوى وكان المراق الايمن شديد الحساسية جدا عند الضغط وفى مثل هذه الاحوال ينبغى انتظار تقدم سير المرض قبل الجزم بالتشخيص واما باقى الاحوال المشابهة لذلك ففيها يدل عدم حساسية البطن عند الضغط ولاسيما الراحة التى تحصل للمرضى منه على حقيقة التشخيص

(الحكم على العاقبة)

هلاك أغلب المرضى المصابين بالالتهاب البريتونى ليس صادرا على الدوام من عدم تحمل الجسم للالتهاب البريتونى بل من كون هذا المرض يكاد يتعلق على الدوام باصابات جرحية خبيثة أو أمراض ثقيلة تقدم أو بظهوره فى أشخاص مرضى من قبل ذات مقاومة ضعيفة ولذا اذا نشأ الالتهاب البريتونى عن أسباب مماثلة للاسباب التى تحدث أغلب الالتهابات البليوراوية كانت بلاشك أحمد عاقبة من الالتهاب البليوراوى وكذا كثيرا ما نرى شفاء الالتهاب البريتونى الروماتزمى الذى لا يظهر عند الاشخاص السليمين الا ظهورا استثنائيا خصوصا عند النساء مدة الطمث كما تشاهد بكثرة شفاء الالتهاب البريتونى الذى يضاعف الالتهاب القولونى الناتج عن تجمع المواد الثفلية والفتوق المختنقة متى أمكن ازالة الاسباب الناتج عنها هذا المرض بسرعة ويوجد أيضا شكل آخر قليل الخطر من هذا المرض وهو الالتهاب البريتونى المزمن المحدود الذى يضاعف الالتهابات المزمنة للاحشاء البطنية واستحالاتها المرضية ولربما قيل ان حصول ذلك بجهود خلقى طبيعى لاجل تجنب عوارض ثقيلة

والاعراض التى يتعلق بها شدة خطر الالتهاب البريتونى هى فى ابتداء المرض كل من التمدد الغازى للبطن وظواهر عسر التنفس المرتبطة به فتى اشتد كان المرض أكثر ثقلا ثم فى آخر سيره لاسيما فى الاحوال المستطيلة يحكم على شدة خطر المرض وعدمها بشدة الحمى ودرجة قوى المريض المتعلقة به وحالة تغذيته العامة

(المعالجة)

أما المعالجة السببية فانها فى الاحوال التى يكون فيها الالتهاب البريتونى ناتجا عن احتباس المواد الثقلية وتقرح تابعى فى المعى سيما الالتهاب الاعورى البرازى او عن اختناق فتق تستدعى معالجة المرض الاصلى فى الحالة الاولى وعملية اطلاق الفتق فى الحالة الثانية واما باقى أحوال الالتهاب البريتونى الاخرى فلا يمكننا فيها اتمام ماتستدعيه المعالجة السببية ومع ذلك فمن اللائق هنا ذكر معالجة التثقبات المعوية بواسطة الافيون بمقدار عظيم متكرر فان المعالجة بهذه الكيفية غايتها ايقاف حركات الامعاء ومنع ملامسة المواد المنسكبة لسطح عظيم من البريتون وتجنب انسكابها فى البطن خصوصا متى كانت المعى المنثقبة منعزلة عن باقى تجويفه بواسطة التصاقات والتقاويم الطبية تؤيد نجاح هذه الطريقة اذ كثيرا ماشاهدت فى الاحوال التى يتبع فيها بدلا عن هذه الطريقة طريقة علاجية عرضية لاجل مقاومة الامساك بواسطة الحقن والمسهلات ان الالتهاب البريتونى الذى كان محدودا ابتداء وكان حقه أن يبقى على هذه المثابة صار منتشرا بسرعة عاما لجميع البريتون ويعطى الافيون فى مثل هذه الاحوال من نصف قمحة الى قمحة كل نصف ساعة فى الابتداء ثم فيما بعد يصير اعطاؤه نادرا

وأما معالجة المرض نفسه فقد اختلف فيها فى هذا العصر رأى الاطباء اختلافا عظيما فان كل مريض كان يعالج سابقا بحسب الصناعة بواسطة الفصد العام ويستفرغ منه من رطل الى ارطال من الدم ثم يؤمر له بوضع علاق بكمية عظيمة على البطن مع اعطاء الزئبق الحلو بمقدار قمحة الى اثنتين بعد مضى ساعتين والاستمرار على ذلك بالمرهم الزئبقى بكمية عظيمة على جدر البطن والفخذين لاجل نفوذ جزء عظيم من الزئبق فى البنية بدون توقف لمحل

العلق فهذه هى المعالجة التى كانت متبعة عموما ومع ذلك فكان يهلك ثمن المرضى عدد عظيم ولم يلتفت الاطباء للعدد الذى شفى من هذا المرض بالمعالجة المذكورة

وهذه المعالجة وان لم تكن ذات نجاح عظيم الا انه لا يعسر علينا اثبات كون الطريقة القديمة غير عقلية فضلا عن كونها مهلكة فانه عند فتح جثة الهالكين بالالتهاب الرئوى المصحوب بنضح غزير يجد ان الرئة خالية بالكلية عن الدم بسبب هذا النضح ولو لم يفعل للمرضى استفراغات دموية عظيمة كما انه عند فتح جثة الهالكين بالالتهاب البريتونى الذين كان علاجهم حسب الصناعة يجد ان القلب والاوعية الغليظة مشتملة على كمية من الدم قليلة جدا بحيث يمكن نسبة الموت للمعالجة أكثر من نسبته لنفس المرض وان نضم الى ذلك كون المشاهدة الاكلينيكية والتجارب العديدة دلت على ان فقد كمية عظيمة من الدم مدة الوضع لاتقى النفساء من الاصابة بالالتهاب البريتونى النفاسى عند تسلطن حمى النفاس وان جميع الاسباب المضرة التى يمكنها احداث الالتهاب البريتونى يظهر تأثيرها المضر فى الضعفاء المنهوكين كالاقوياء البنية امكننا ان نضرب صفحا عن اقامة ادلة أخرى تضاد فعل الاستفراغات الدموية (وسيأتى ان الدلالة العرضية لهذا المرض تستدعى احيانا الالتجاء الى الاستفراغات الدموية) والآن يعتقد الاطباء ان الاستحضارات الزئبقية ليس لها تأثير مضاد للالتهاب ولا للتعضون ونحن لانحكم بانه أقل ما هنالك لا حاجة الى الاستعمال الزئبق الحلو والمرهم الزئبقى فى معالجة الالتهاب البريتونى بل الظاهر ان تعاطى هذا الزئبق فضلا عن عدم نفعه مضر اذا اعطى منه مقدار مسهل وعكس ذلك يقال فى الاستفراغات الدموية الموضعية ولا شك فى كونها ذات تأثير جيد ولو بالنسبة لتنقيص آلام المريض وهذه النتيجة يحصل عليها ولو كان الالتهاب البريتونى ناتجا عن تثقب قرحة معدية وهنالك طريقة أخرى ذات تأثير مشابه لما تقدم بل لها تأثير جيد فى الالتهاب نفسه وهى الوضعيات الباردة فتى أمكن المرضى تحملها وجب تغطية البطن برفائد مبتلة فى الماء البارد وتغيير كل عشر دقائق انما يتأسف من عدم تحمل المرضى الوضعيات الباردة على الدوام وهذه المعالجة

التى أوصى بها ابركرنبى وكبوش وغيرهما من الاطباء كثيرا ماينتج عنها نتائج جيدة فى الاحوال التى يرجى شفاؤها غير أننا نفضل عنها فى الاستعمال الوضعيات الفاترة على البطن أو الوضعيات الزيتية الفاترة الخفيفة لسهولة تحمل المرضى لها دون الوضعيات الباردة وفى عصرنا هذا نجاح المعالجة بالافيون فى الالتهاب البريتونى الناتج عن التثقب والتأكد من ان الاجزاء الملتهبة تحتاج للراحة فى هذا المرض قد جعل للاطباء رسوخ قدم فى الاقدام على استعمال هذا الجوهر الدوائى فى جميع أشكال الالتهاب البريتونى ونحن على رأى من قال ان انجح المعالجة فى الالتهاب البريتونى هى الاستفراغات الدموية الموضعية على البطن بارسال العلق مرة أو جملة مرات والوضعيات الباردة عليه واستعمال الافيون من الباطن هى المعالجة العقلية الاكثر نجاحا فى الالتهاب البريتونى وان هذا الجوهر رابطة جيدة جدا فى جميع أشكال هذا المرض فان النضح الالتهابى الذى هو مهيج التهابى شديد يلامس بالحركات الديدانية للمعى أجزاء معوية لم تكن ملتهبة فان أمكن ايقاف تلك الحركات الديدانية المعوية بواسطة الافيون أمكن تجنب سبب رئيس فى امتداد الالتهاب وان استطالت مدة المرض ونجمع المرض وتجمع الصديد فى بورات منعزلة ينبغى المداومة على الضمادات الفاترة وفتح الخراج بسرعة عند ظهور التموج وهذه المعالجة نفسها تستعمل فى الالتهاب البريتونى المزمن انما فى هذا الشكل يوصى أيضا باستعمال المركبات اليودية من الباطن واستعمال صبغة اليود على البطن مسا بالفرشة

واما المعالجة العرضية فتستدعى فى الاحوال التى فيها يظهر اللون السيانوزى بسرعة وخصوصا التى يوجد فيها عسر فى التنفس القصدى العام والتى يوجد فيها علامات الاوذيما فى الخصوص العليا من الرئة القصد وان كان لايزيل الخطر المهدد لحياة المريض الا وقتيا لكنا لانعرف واسطة أخرى اقوى منه لاجل مقاومة هذا العارض واستعمال زيت الترمنتينا من الباطن كما يستعمله الانكليز لايكفى فى ازالة الحالة الطبلية للبطن التى هى السبب الابتدائى لعسر التنفس العظيم ومثل ذلك يقال فى الجواهر التى اشتهرت بانها تمتص الغازات أو تعادلها او تطردها و ينبغى رفض بزل البطن بواسطة

بازلة

بازلة رفيعة متى أمكن اخراج الغازات بواسطة قساطير عظيمة مرنة تدخل فى المستقيم

وأعظم واسطة لمقاومة القىء الذى يحصل فى هذا المرض هو تعاطى قطع صغيرة من الجليد وأما الاسهال فلا ينبغى مقاومته الا بعد زوال دور الالتهاب بواسطة مسهلات لطيفة جدا

واما الاسهال الذى يكون ناتجا فى الغالب عن ارتشاح الغشاء المخاطى المعوى ارتشاحا اوذيماويا فيقاوم بالافيون والقوابض وان لم ينجح تأثيرهما فى الغالب وفى الاحوال المزمنة التى فيها الحمى تضعف قوى المريض بالكلية ينبغى ان يعطى له كبريتات الكينا بمقدار عظيم ونبيذ الكينا بمقدار قليل خصوصا مع تعاطى الاغذية المقوية السهلة الهضم

(المبحث الثانى)

(فى الاستسقاء البطنى المعروف بالزقى)

(كيفية الظهور والاسباب)

يوجد فى الاستسقاء الزقى تجمع ارتشاح فى البريتون يشابه تركيبه متحصلات الارتشاحات الطبيعية للجسم والاسباب التى ينتج عنها ارتشاحات زقية فى البريتون هى عين الاسباب التى ينتج عنها تزايد الارتشاحات فى اجزاء اخرى من الجسم وهى تنحصر فى ازدياد الضغط الباطنى للدم على جدر الاوعية وتناقص كمية المادة الزلالية لمصل الدم او الاستحالات المرضية للبريتون

ثم ان الاستسقاء الزقى كثيرا ما يكون من جملة ظواهر الاستسقاء العمومى المعروف بالاستسقاء اللحمى سواء كان الاخير ناتجا عن مرض فى القلب أو فى الرئتين يعوق رجوع الدم الوريدى الى القلب أو كان متعلقا باستحالة مرضية فى الكليتين و الطحال وغيرهما من الاعضاء يعقبها فقر الدم وفى جميع هذه الاحوال لا يحصل الاستسقاء الزقى الاحوال لاتابعيا عقب ظهور اعراض الاستسقاء العمومى فلا يظهر الا بعد حصول ارتشاحات مصلية فى المنسوج الخلوى العام تحت الجلد (اى الاستسقاء اللحمى) او الاطراف او الوجه ونحو ذلك وفى أحوال اخرى يكون الاستسقاء الزقى نتيجة ركود الدم ركودا محدودا فى اوعية البريتون واحتباسه فيها وحيث ان ذلك

لا يتأتى الا عن عائق فى دورة الوريد الباب فمن الواضح ان الاستسقاء الزقى قد يوجد بدون ظواهر استسقاآت فى أعضاء أخرى ويصحب بانفراده بعض امراض الكبد او أوعيته

وبالجملة قد يكون الاستسقاء الزقى خصوصا شكل الاستسقاء الليفى او الليمفاوى متعلقا باستحالة مرضية ممتدة فى البريتون سيما التولدات المرضية او السرطانية أو الدرنية لهذا الغشاء والظاهر ان السرطان الهلامى هو أكثر اشكال السرطان استصحابا بالاستسقاء الزقى العظيم

(الصفات التشريحية)

كمية المادة المصلية المرتشحة فى التجويف البطنى تختلف اختلافا عظيما فقد تكون بعض ارطال فى بعض الاحوال وقد تصل الى أربعين رطلا او أزيد فى أحوال أخرى ولون السائل اما ان يكون صافيا ومتعكرا تعكرا خفيفا لاختلاطه باخلية بشرية مكابدة لاستحالة ولونه يكون أصفر فاقعا كثير الزلال والاملاح ولا يحتوى الا على قليل من ندف ليفية ومتى عرض السائل المتفرز من البريتون المكابد لاستحالة مرضية الى الهواء تكون فيه رواسب من مواد ليفية منعقدة والبريتون يظهر كابيا مبيضا والطبقات السطحية للكبد والطحال تكون باهتة اللون قليلا وقد تظهر خالية عن الدم ضامرة بسبب الضغط عليها من السائل العظيم وقد يكون الحجاب الحاجز احيانا مندفعا الى أعلى اندفاعا عظيما بسبب تجمع السائل فى البطن بحيث يصل الى الضلع الثالث أو الثانى

(الاعراض والسير)

يعسر شرح اعراض الاستسقاء الزقى وماذاك الا لكون هذا المرض لا يستقل بنفسه ولكون اعراضه الخاصة لا يمكن افرازها عن اعراض المرض الاصلى الا بكيفية تصنعية

ومتى انضم الاستسقاء الزقى الى الاستسقاء العمومى فالغالب ان تكون الاعراض المحسوسة للمريض واهية فى الابتداء بالنسبة لباقى مكابداته بحيث لا يلتفت الى حصول الاستسقاء الزقى الا فيما بعد بواسطة العلامات الطبيعية وعكس ذلك يقال فى شكل الاستسقاء الزقى الذى يصاحب اضطرابات الدورة

البوابية او الاستحالات المرضية للبريتون فان فى مثل هذه الاحوال قد يأخذ ضمور الكبد الخفى اومرطان البريتون فى الظهور بالاستسقاء الزقى بحيث يستدل من زيادته التدريجية ومن الاضطرابات التى يحدثها على المرض الاصلى ولو كانت كمية السائل المنحصرة فى البطن قليلة فالمرضى لاتشتكى الا باحساس امتلاء البطن وتضايق الملابس ويحصل فى آن واحد عوق خفيف عند الشهيق العميق ومتى ازدادت كمية السائل ازداد أيضا الاحساس بامتلاء البطن بحيث يصير متوتراً مؤلما وضيق النفس القليل يزداد أيضا بحيث يحصل صعوبة فى التنفس والضغط الذى يحدثه السائل على المستقيم يمكن ان يحصل منه امساك وتجمع الغازات فى البطن المسبب عن ذلك يزيد فى ضيق النفس أيضا وكثيرا ما يحصل تناقص فى الافراز البولى بسبب ضغط السائل على الكليتين والاوعية المارة فيها وقد استمر الاعتقاد زمنا طويلا بان المدرات البولية بعد أن فقدت خاصيتها تعود لها عقب بزل البطن وتوجيه هذا الاعتقاد بهذه الكيفية من الخطا بل ان ازدياد الاستسقاء الزقى فى حد ذاته عائق من عوائق الافراز البولى وانه متى زال هذا العائق سهل الافراز البولى ثانيا ثم ان الضغط الذى يحدثه السائل الغزير فى الوريد الباب والاوردة الحرقفية ينتج عنه صعوبة فى دورة اوردة الاطراف السفلى والاعراض التناسلية الظاهرة وجلد البطن وبذلك يوجه تمدد اوردة هذه الاجزاء والارتشاح المصلى فى منسوجها الخلوى تحت الجلد الذى قد يكون عظيما جدا بحيث يخفى المرض الاصلى ولذا ينبغى للطبيب التأكد بالسؤال من كون الانتفاخ ابتدأ فى الاطراف السفلى او الصفن او فى البطن

ثم ان جميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزقى تكون فى حالة خطرة لكن يندر أن تهلك من الاستسقاء الزقى نفسه بل الغالب ان يكون هلاكها من المرض الاصلى الذى نتج هو عنه وقد يسرع الانتهاء المحزن بعسر التنفس او بالتسلخات والغنغرينات السطحية التى تظهر أحيانا فى الصفن أو الفخذين بسبب توتر الجلد توترا عظيما

ثم ان البحث الطبيعى للبطن ذو أهمية عظيمة فى تشخيص الاستسقاء الزقى فيوجد بمجرد النظر تمدد فى البطن وتغير مخصوص فى شكله فانه متى كان

الارتشاح متوسط الكمية اختلف شكل البطن وأوضاع الجسم المختلفة بحيث اذا بحث عن المريض وهو جالس وجد النصف الاسفل من البطن بارزا وعند استلقائه يصير البطن اكثر عرضا
واذا كان الارتشاح غزيرا جدا وجد البطن متوترا جدا فى جميع الاتجاهات بحيث يصل التوتر الى الاضلاع فتشاهد الاضلاع الكاذبة مندفعة الى الخارج وحينئذ لا يتغير شكل البطن بتغير أوضاع المريض ومتى كان الاستسقاء الزقى واضحا جدا يكاد يشاهد تشجرات وريدية مزرقة كثيفة متفرعة فى جلد البطن المسترق وتبرز السرة وتوجد خطوط فى جدر البطن ناتجة عن تباعد ألياف الادمة ينتج عنها حزوز بيضاء مائلة للزرقة ترى من خلال الادمة كالحزوز التى فى جدر البطن الناتجة عن تمددها جدا مدة الحمل
ومتى ارتفع السائل المتجمع فى البطن عن الحوض أحس بتموج واضح عند وضع راحة اليد على جهة من البطن والقرع بأنامل اليد الاخرى على الجهة المقابلة لها والقرع عاسر يعاو وصوت القرع يكون فارغا بالكلية أعنى ذا أصمية تامة فى جميع المحال الملامس فيها السائل جدر البطن ومجالس هذه الاصمية يختلف بالزيادة والنقصان على حسب وضع المريض فان السائل يميل لان يملأ الاجزاء المنحدرة للبطن ماعدا الاحوال التى يكون فيها سطح المقدم من البطن ذا اصمية فى جميع امتداده عند القرع

(التشخيص)

لاجل تمييز الاستسقاء الزقى أعنى الارتشاح السائب فى البريتون عن الاستسقاء المبيضى المتكيس ينبغى التأمل الكلى فى معرفة تاريخ المرض بالبحث الجيد عن المريض والوقوف على حقيقة الاسباب الناتج عنها هذا المرض فان الاحوال التى يظهر فيها الاستسقاء المبيضى المتكيس تكون مجهولة والذى يعلم فى الغالب ان هذا المرض كثيرا مايظهر عند النساء الجيدات الصحة بدون وجود مضاعفة بامراض أخرى وينعكس ذلك فى الاستسقاء الزقى فتى امكن التأكد من سبق عدم وجود تغير مّا فى تركيب الدم اودورته بسبب تجمع السائل فى البطن كما تقدم وأمكن ايضا فى

وجود استحالة مرضية فى البريتون دل هذا فى الاحوال المشكوك فيها على
وجود استسقاء متكيس فى المبيض وليس زقيا واعتبار هذه الامور واجب
اذ هنالك أحوال فيها التشخيص التمييزى يبنى على الامور التى ذكرناها
والبحث الطبيعى لا يمكن الاستدلال منه بشئ ومتى كانت الاكياس المبيضية
صغيرة بشكلها الخاص وكذا وضع الكيس والتحول الجانبى لفوهة الرحم
واختلاف نتيجة القرع عند تغير اوضاع المريض فحينئذ يمكن بسهولة تمييز
الاستسقاء الزقى المبيضى المتكيس عن الاستسقاء الزقى فقط لكن فى
الاحوال التى فيها يكون نمو الكيس عظيما جدا يفقد الشكل الخاص
للورم ويمتد الى الجزء المتوسط من البطن وينذفع الرحم الى أسفل بثقل
الكيس ويوجد عند القرع صوت أصم ممتد على جميع الجهة المقدمة من
البطن تشبيه بالكلية الاستسقاء الزقى الذى ازداد زيادة عظيمة وفى مثل هذه
الاحوال ينبغى الالتفات الى المسافة بين العرف الحرقفى والضلع الثانى عشر
كما نبه عليه الطبيب (بامبرغر) حيث قال يوجد فى هذه المسافة الصوت الطبلى
المعى الغليظ ولو كان الورم عظيما جدا ولا يوجد ذلك فى الاستسقاء الزقى ومع
ذلك قد يفقد هذا العرض ايضا

وبعد معرفة الاستسقاء الزقى يجب على الطبيب معرفة السبب الناتج عنه
وقد ذكرنا فيما تقدم ان الاستسقاء المذكور يكون من جملة الظواهر
المتعلقة بالاستسقاء العمومى ولا يكون مطلقا عرضا ابتدائيا وعلى ذلك متى
ظهر الاستسقاء الزقى عند مريض غير مصاب بالاوذيما فى اجزاء أخرى كان
هذا الاستسقاء ناتجا اما عن عوق فى الدورة الوريدية البوابية او عن استحالة
مرضية فى البريتون وكثيرا ما يعسر علينا تمييز هاتين الحالتين عن بعضهما
لكننا نذكر انه عند وجود ظواهر عوق سير الدم فى جذور اخرى فى المجموع
الوريدى البوابى أو ظهور اضطرابات فى وظائف الكبد يستدل من ذلك على
الشكل الاول وانه بالعكس عند وجود علامات كاشكسية واضحة
او وجود سرطان او درن فى اعضاء اخرى خصوصا وجود اورام فى البطن
يستدل من ذلك على معرفة الشكل الثانى

(المعالجة)

تستدعى دلالة الاستسقاء الزقى متى كان هذا المرض أحد ظواهر الاستسقاء العمومى وكان ناتجا عن عوق فى استفراغ دم الاجوفين معالجة امراض القلب والرئتين السابق ذكرهما مرارا

واذا كان الاستسقاء الزقى متعلقا بمجموعة عظيمة فى الدم وجبت معالجة المرض الاصلى الناتجة عنه النهوكة والاجتهاد فى تحسين حالة الدم وليس لنا قدرة على اتمام الدلالة الاولى واما الثانية فيمكن التعشم فى اتمامها مع النجاح فيما اذا نتج الاستسقاء عن الحميات المتقطعة اوعن البول الزلالى اوالذى يصاحب نقاهة الامراض الثقيلة وبهذه الكيفية يتحصل على نتيجة اكثر مما اذا استعملت المدرات البولية بدون تمييز ولا يمكننا مطلقا فتح سبيل الوريد الباب اوالوريد الكبدى عند انسداده او انضغاطه اوارجاع مرونة الكبد عند انكماشه وضموره الناتج عنهما ضيق الاوعية الكبدية فى المرض المعروف بالسيروز الكبدى كما انه ليس لنا قدرة على اتمام الدلالة السببية فى احوال الاستسقاء الزقى الناتج عن استحالة سرطانية اودرنية فى البريتون واما دلالة معالجة المرض نفسه فتستدعى تبعيد السائل المجتمع فى البطن وفى العادة تعطى المدرات البولية تقريبا لجميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزقى لكن عدد من شفى بهذه المعالجة واحد بحيث لا يعد شيأ

واذا كان الاستسقاء الزقى متعلقا باستسقاء عمومى فلا مانع من استعمال المدرات البولية واما ان كان ناتجا عن انسداد فى الوريد الباب فلا وجه لاستعمالها كما اذا استعملت فى اوذيما الساق الناتجة عن انسداد الوريد الفخذى واما المسهلات الشديدة فانها ممدوحة من مدة طويلة عند مشاهير الاطباء اكثر من المدرات البولية فى معالجة الاستسقاء الزقى وتأثيرها سهل التوجيه ولو فى أحوال انسداد الوريد الباب مثلا لانها تحدث استفراغ الجذور الابتدائية لهذا الوريد وبذلك يتناقص الضغط على جدر الاوعية الذى هو السبب الابتدائى للاستسقاء الزقى وعند اعطاء المسهلات تفضل الشديدة منها فى هذه الاحوال وأكثر تركيب يستعمل بنجاح فى احوال الاستسقاء الزقى حبوب المعلم (هيم) المركبة من الصمغ النقطى و بصل العنصل وكبريتور الانتيمون المذهب وتستعمل المسهلات الشديدة مادامت قوى

المريض وحالة القناة الهضمية متحملة لذلك واما ان انحطت قوى المريض ونتج عنها تهيج عظيم فى القناة الهضمية وجب ترك الاستعمال واما بزل البطن فهى عملية غير خطرة وبها يستخرج السائل المتراكم فى هذا التجويف بسهولة وهذه العملية وان لم تكن خطرة كما ذكر ونتيجتها واضحة الا انه ينبغى الالتفات للنتائج المحزنة التى تعقبها فعلى الطبيب ان يلاحظ ان السائل المستفرغ ليس مجرد سائل مائى بل هو زلالى مصلى ويستعاض من الدم بعد استخراجه بزمن قليل فيتجمع سائل جديد آخر وذلك يوجب تلاشى قوى المريض ودمه

وقد دلت التجارب اليومية على ان النحافة تتقدم تقدما عظيما عقب اول عملية بزل فى البطن ولذا لا تفعل هذه العملية فى الاستسقاء الزقى الا عند وجود خطر عظيم يهدد حياة المريض عقب عوق التنفس او الخوف من وقوع الجلد المتوتر توترا عظيما فى الغنغرينا

(المبحث الثالث)

(فى درن البريتون وسرطانه)

درن البريتون لا يكاد يحصل حصولا اوليا مطلقا بل يكون اما مضاعفا للتدرن الرئوى او المعوى أعنى للالتهابات ذات المتحصلات الجبنية فى الرئة او المعى او لتدرن الاعضاء البولية او التناسلية وفى احوال أخرى قد يكون درن البريتون ظاهرة من جملة ظواهر الدرن الدخنى الحاد وليس للشكل الاخير اهمية اكلينيكية فانه لا ينتج عن التراكمات الدرنية الصغيرة الشفافة فى جوهر البريتون اعراض وليس لها تأثير واضح بالنسبة لسير الدرن الدخنى الحاد وكذا التولدات الدرنية الصغيرة المبيضة التى توجد فى الطبقة المصلية الثخينة للمعى فوق القروح المعوية الخنازيرية فانها ذات اهمية تشريحية مرضية لا اكلينيكية واما الدرن المبيض العظيم الحجم الذى يتولد بكمية عظيمة على سطح جميع البريتون فله اهمية عظيمة فيما ذكر والاجزاء المحيطة بكل عقدة درنية على حدتها تكون مرتشحة بالدم او تستحيل المادة الملونة للدم المنسكب الى مادة بجمنتية فيحاط هذا الدرن الابيض بهالة مسودة والغالب ان يكون السرب منعطفا نحو الاعلى ومرصعا بالدرن ومكونا

ملتوية بارزة ذات تحدبات ويكون البريتون فى هذا الشكل بقطع النظر عن التولدات الدرنية واقعا فى حالة كثافة وثخن التهابى ويوجد فى تجويفه كمية عظيمة من السائل تكون احيانا دموية

وكذا سرطان البريتون يندر ان يحصل كمرض اولى ذاتى بل يكاد يمتد اليه فى جميع الاحوال من الاعضاء المجاورة كالكبد والمعدة واعضاء الاناث التناسلية ومن النادر ان يمتد اليه من المعى وكل من الاسكيروس والسرطان النخاعى يحصل غالبا على شكل تحببات او عقد عديدة فى حجم الحمص منتشرة على جميع سطحه او انهما يحصلان على شكل استحالة سرطانية مطحية منتشرة فى جواهر البريتون واما السرطان الهلامى فقد يتكون عنه اورام عظيمة جدا ممتدة وزيادة على هذه الاورام التى يكون مجلسها السرب غالبا تكون اغلب اعضاء البطن والوريقة الجدرانية من البريتون مرصعة بتعقدات صغيرة هلامية وفى هذا الشكل تكون العرا المعوية ملتصقة ببعضها والسائل المحتوى فى تجويف البريتون يكون اذ ذاك متكيسا

ثم ان الظواهر المرضية التى يصطحب بها كل من درن البريتون وسرطانه تشابه بالكلية ظواهر الاستسقاء الزقى البسيط والعرض المهم هو تمدد البطن بالتدريج بالسائل المتزايد المتجمع فى تجويف البريتون وكل من الاحساس الشديد للبطن بالضغط الذى يفقد فى غير هذا الشكل من الاستسقاء الزقى وكذا سوء القنية السريع الظهور وفقد اسباب أخرى من اسباب الاستسقاء الزقى هو الذى يحكم به فقط مع التقريب على وجود استحالة سرطانية بريتونية واما وجود الورم والاحساس به فهو الذى يحكم به على ماذكر بالتأكيد كما أن شكل الورم وامتداده وسن المريض وظهور درن اوسرطان فى غير البريتون من الاعضاء هو الذى يحكم به على وجود احدى هاتين الاستحالتين المرضيتين

(فى امراض الكبد والمسالك الصفراوية)

(الفصل الاول فى امراض الكبد)

(المبحث الاول فى الاحتقان الكبدى)

(كيفية الظهور والاسباب)

كمية الدم المحتوى عليها الكبد قد تتزايد بازدياد ورود الدم الى هذا العضو او بعوق استفراغه منه ويسمى الاحتقان فى الحالة الاولى بالاحتقان التواردى وفى الحالة الثانية بالاحتقان الاحتباسى

وليعلم ان الاحتقان التواردى للكبد قد ينشأ اولا عن ازدياد قوة الضغط الباطنى للدم على جدر الوريد الباب وهذا الاحتقان يحصل فى الاحوال الصحية مدة كل هضم فان دخول السوائل الآتية من الامعاء فى الاوعية الشعرية المعوية تزيد فى محصل الاوردة المعوية وبذلك يكابد متحصل هذه الاوردة ضغطا أكثر شدة فيندفع نحو الكبد بقوة تزايده وهذا الاحتقان التواردى الفسيولوجى يجاوز الحدود الطبيعية عند الاشخاص المفرطين فى المآكل والمشارب ويتكرر مرارا وتستطيل مدته فينشأ عنه تمدد مستمر فى الاوعية الكبدية واحتقان فيها كجميع الاحتقانات التى تتردد جملة مرات وقد ينشأ الاحتقان التواردى ثانيا عن سكون الاوعية الشعرية لهذا العضو التى تجد لها اسندا ونقطة ارتكاز فى الحالة الصحية فى جوهر الكبد تمدد عقب استرخائه فلا يكون لها قدرة على مقاومة عمود الدم الوارد اليها كالحالة الصحية وبهذه الكيفية تحصل الاحتقانات التى تظهر عقب آفات جرحية فى الكبد وفى مجاورة الالتهابات والتولدات الجديدة فى هذا العضو ومن الجائز أن الاحتقانات الكبدية الناشئة عن الافراط فى المشروبات الروحية تعتبر من هذا القبيل فانه فى جميع هذه الاحوال يحصل تهيج فى الكبد وتناقص فى تماسك جوهره لان الكؤل يصل الى الكبد ابتداء بواسطة الوريد الباب ويظهر أن التأثير الاولى لمهيج ما هو تنويع فى مقاومة جوهر العضو المتهيج بحيث يحصل تناقص فى مقاومة هذا الجوهر عقب تأثير مهيج ما وهذا التوجيه الموافق للمشاهدة يثبت ثبوتا واضحا عند التأمل فى تأثير الحرارة على الجلد الظاهر وهذا وان كان نظريا الا انه مطابق بالاكثر للدرجة التى عليها المعارف الفسيولوجية والطبية الآن وثالثا الاحتقانات الكبدية التى تشاهد بكثرة فى أحوال تسمم الدم بتأثير المياسما خصوصا المياسما الآجامية والاحتقانات الكبدية التى تشاهد فى البلاد الحارة ومنشأ هذا الاحتقان لم يتضح الى الآن ان كان متعلقا باسترخاء فى الجوهر

الكبدى او شلل فى الالياف العضلية للاوعية الآتية بالدم او بتغير جوهرى فى جدر تلك الاوعية او غير ذلك من الاسباب (كحصول غيرها من الاحتقانات والتغيرات الجوهرية التى تشاهد فى باقى الامراض التسممية العمومية) ومن جملة الاحتقانات الكبدية التواردية الخفيفة التوجيه الاحتقانات الكبدية التى تظهر عند بعض النساء قبيل الحيض وتشتد اشتدادا عظيما عند انقطاعه

واما الاحتقانات الاحتباسية للكبد فهى أكثر حصولا من احتقاناته التواردية وحيث ان الدم الذى يعود من الكبد الى الوريد الكبدى يمر من مجموع شعرى مزدوج فالضغط الواقع على جدر الاوردة الكبدية يكون ضعيفا جدا ومن جهة اخرى الوريد الكبدى ينفتح فى الاجوف السفلى فى محل فيه استفراغ الدم فى الحالة الطبيعية لا يكابد أدنى مقاومة بحيث ينصب الدم بسهولة فى الاجوف الاسفل ومنه فى الاذين الايمن الخالى عن الدم سيما انه عند فعل حركات الشهيق ينجذب الدم نحو الصدر وهذه الشروط الصحية المساعدة جدا لمرور الدم من الاوردة الكبدية متى اضطربت وكابدت أدنى عائق من انصباب دم الوريد الكبدى فى الاجوف الاسفل نتج عن ذلك تجمع الدم فى الكبد واحتقانه احتقانا احتباسيا ولا يشترط أن يكون العائق عظيما فان الضغط الباطنى الواقع على جدر الوريد الكبدى ضعيف جدا بحيث لا يكون له قدرة على قهر ادنى عائق

فحينئذ الامور التى يترتب عليها حصول الاحتقانات الاحتباسية فى الكبد هى اما تغيرات تعوق استفراغ الاذين الايمن واما تغيرات بها يتعذر انجذاب الدم نحو الصدر وقت الشهيق ولذا تشاهد الاحتقانات الكبدية الاحتباسية اولا فى جميع امراض الصمامات القلبية سيما صمامات الجزء الايمن من القلب ثم الصمام القلنسوى ثم الصمام الاورطى والتغيرات المرضية لهذه الصمامات اذا تأخر حصول الاحتقانات الكبدية الاحتباسية فيها او تقدم يكون متعلقا بحصول الضخامة القلبية المعادلة حصولا تاما او غير تام واستمرار التأثير المعادل لهذه الضخامة زمنا طويلا او قصيرا

ثانيا تحصل الاحتقانات الكبدية الاحتباسية فى جميع الاصابات الجوهرية

للقلب وغلافه التي تعوق استفراغ دم الاوردة العظيمة الآتية من جميع اجزاء الجسم وهذا أمر سهل التوجيه

ثالثا تحصل الاحتقانات الاحتباسية الكبدية من ضعف حركات القلب وبطئها بدون اصابات جوهرية مدركة فيه كما يحصل ذلك فى الدور الاخير للامراض المنهكة الحادة وفى النهوكة المزمنة فان تأثير شلل القلب ابتداء بالنسبة لتوزيع الدم هو عين تأثير الاستحالات المرضية لجوهر هذا العضو

رابعا كثيرا ما تحصل الاحتقانات الكبدية من الامراض الحادة والمزمنة للرئتين التي ينتج عنها ضمور الاوعية الشعرية الرئوية او انضغاطها اذ بذلك يتراكم الدم فى القلب الايمن والاجوف السفلى كالانفيزيما الرئوية والالتهاب الرئوى الخلالى وانضغاط الرئة بواسطة الانسكابات البليوراوية ونحو ذلك

خامسا قد تنشأ الاحتقانات الكبدية الاحتباسية عن انضغاط الوريد الاجوف بواسطة أورام لاسيما بواسطة انورزما الاورطى

(الصفات التشريحية)

الكبد يختلف انتفاخه على حسب درجة الاحتقانات وهذا الانتفاخ قد يصل الى درجة عظيمة جدا ولا يتغير شكله فى هذا المرض وانما تزايد الحجم يحصل بالاكثر على حسب قطر سمكه لاطوله ومتى كان الانتفاخ عظيما جدا صار غلاف الكبد أملس لامعا متوترا توترا عظيما وازدادت مقاومة الكبد وعند شقه بالمشرط مثلا يسيل الدم من سطح الشق بكمية عظيمة وسطح الشق اما ان يظهر ملونا بلون اسمر داكن او يكون مبقعا كما يكون فى الاحتقانات الاحتباسية المزمنة وفى هذه الحالة الاخيرة توجد أصفار ذات لون اسمر داكن وهى عبارة عن الاوردة المركزية المتمددة وابتداآت الاوردة الكبدية وهذه الاصفار تكون اشكالا مختلفة على حسب اتجاه الشق وتتميز هذه الاصفار عن اصفار أخرى أقل دموية وأدكنة وهى عبارة عن انها آت اوعية الوريد الباب وهذه الهيئة المبقعة التي كانت سببا فى تسمية هيئة الكبد هذه بالهيئة الجوزية للكبد اى الشبيهة بجوز الطيب بعد شقه تكون

كثيرة الوضوح متى كانت الاصفار القليلة الدم المحيطة بالاوردة المركزية المتمددة ذات لون كثير الاصفرار بسبب احتباس الصفراء فيها واحتباسها في مثل هذه الاحوال اما ان يكون متعلقا بحالة نزلية في المسالك الصفراوية ناتجة عن احتقان الغشاء المخاطي لهذه القنوات او بعائق في استفراغ الصفراء ناتج عن ضغط الاوعية الصغيرة المتمددة على القنوات الصفراوية اوعن حالة التهابية نزلية في الغشاء المخاطي الاثنى عشرى ناتجة عن نفس الاسباب التى احدثت احتقان الكبد

ثم ان الكبد الذى يكون حجمه ابتداء متزايدا يمكن ان يتناقص بالتدريج شيأ فشيأ ويكتسب هيئة حبيبية بحيث يمكن اختلاطه عند البحث بمجرد النظر بالكبد الحبيبى وشكل هذا الضمور الكبدى يسمى شكل الضمور الكبدى الجوزى وكل من الضمور والهيئة الحبيبية للكبد ينشأ كما قاله (فريركس) من تمدد الاوردة المركزية للفصيصات الكبدية والاوعية الشعرية المتفممة بها تمددا ينشأ عن الضغط العظيم الواقع على باطنها من احتباس الدم فيها فيحدث من ذلك ضمور فى الخلايا الكبدية الكائنة فى الهالات التى بين تفرعاتها وعند ضمور هذه الخلايا يحل محلها منسوج رخو كثير الدم متكون من اوعية شعرية متمددة ومن منسوج خلوى جديد التكوين وهذا التوجيه ليس أكيدا او بالاقل انه غير تام فانه بحلول منسوج خلوى جديد واوعية شعرية متمددة محل الخلايا الكبدية لا يمكن ان يصغر حجم الكبد فصغر الكبد لا يطرأ ولابد الا عقب انكماش المنسوج الخلوى الجديد التكوين بحيث يصير حجمه صغيرا جدا والظاهر كما قاله (ليبرميستر) أن تكون جوهر خلوى حول الاوردة المركزية فى الاحتقانات الاحتباسية للكبد مبنى على نظريات فرضية لا على مشاهدات لا واسطية بل هذا المعلم وجد فى شكل ضمور الكبد الجوزى ان نمو الجوهر الخلوى يحصل حول الاوردة بين الفصيصات كما يحصل ذلك فى سيروز الكبد ويؤدى احيانا التكون جوهر خلوى بين الفصيصات الكبدية تكونا واضحا لا يوجد مطلقا فى كبد الاشخاص السليمين

(الاعراض والسير)

احتقان الكبد ليس له علامات محسوسة للمريض ولا مدركة للطبيب مادام

قلب لا وحجم هذا العضو ليس متزايدا تزايدا واضحا ومتى انتفخ الكبد انتفاخا عظيما فالمرضى تحس بامتلاء عظيم فى المراق الايمن وهذا الاحساس كثيرا ما يتزايد بحيث يشبه الاحساس بالتوتر المتعب الذى يمتد من هذا المراق الى جميع محيط القسم العلوى من البطن والضغط الذى يحس به فى المراق الايمن او الاحساس يشبه منطقة صلبة محيطة بالجسم وضيق التنفس هما العلامتان اللتان يشكو بهما فى الغالب الاشخاص المصابون بمرض فى القلب كما ان مكابدات المصابين بالانفيزيما الرئوية او سيروز الرئة او الاحديداب يحصل فيها تثاقل عظيم متى ازداد حجم الكبد واحتقن والمرضى المصابون باحتقان الكبد وانتفاخه لا يتحملون الملابس الضيقة عند ازدياده لانه يمنع الشهيق العميق ومتى انضم الى الاحتقان الكبدى احتباس خفيف فى الصفراء بالاسباب الموضحة فيما سبق نتج عن ذلك يرقان خفيف وحيث ان لون الجلد عند هؤلاء المرضى يكون على العموم مزرقا (سيانوزيا) بسبب عوق استفراغ الدم الوريدى يشاهد ظهور تلون مخضر واصف لهؤلاء المصابين بامراض فى القلب قبل الموت بقليل ولا ينضم للاعراض المذكورة والعلامات الطبيعية المعلنة بتزايد حجم الكبد ظواهر مخصوصة تعلن باضطراب وظيفة هذا العضو مادام الاحتقان بسيطا وبقطع النظر عن كون ازدياد افراز الصفراء أو تناقصه اللذين لا يمكن معرفتهما مدة الحياة لم يمكن (فريركس) لتحقق من ذلك فى جثة الهالكين بالاحتقانات الاحتباسية الكبدية العظيمة وانما وجد هذا الشهير أحيانا ان الصفراء محتوية على مواد زلالية والمرضى المصابة باحتقانات كبدية يكادون يشكون على الدوام باعراض أخرى فيعتريهم آلام فى الرأس واضطراب فى الهضم وعدم انتظام فى التبرز وبواسير ونحو ذلك وهذه المكابدات ليست نتيجة للاحتقان الكبدى فاما ان لا تكون متعلقة به بالكلية أو انها متعلقة بالسبب الذى ينتج عنه احتقان الكبد وهو الغالب ومن المعلوم ان أمراض القلب لا ينتج عنها فقط احتقان الكبد بل ينتج عنها أيضا النزلة المعدية والمعوية وكذا الافراط من الماء كل ينتج عنه أيضا كل من هذين المرضين بل كثيرا ما تظهر النزلة المعدية المعوية قبل الاحتقان الكبدى ويظهر أنه يحصل عكس ذلك

فى الاحتقانات الكبدية التى تحصل بكثرة فى البلاد الحارة جدا بتأثير السم الآجامى غالبا فان هذه الاحتقانات تبتدئ باضطراب عمومى عظيم جدا او آلام شديدة فى الرأس واستفراغات صفراوية غزيرة بالقىء والاسهال وبخروج مواد مخاطية مدممة غالبا بحركة التبرز الا أن مجموع اعراض هذه الاحوال المرضية غير المعلومة لنا بالدقة يدل على ان الاحتقان هنا ليس مجرد احتقان بسيط بل انه يوجد معه افراز مرضى فى الكبد غير متعلق باحتقانه اوابتداء تغير مادى ثقيل فى الكبد لا يندر أن يمتد فيما بعد والظاهر أن الاحتقان الكبدى فى مثل هذه الاحوال المرضية ليس الا ظاهرة من جملة ظواهر اصابة مرضية مصيبة لجميع الاحشاء البطنية خصوصا للقناة الهضمية وهذه الاصابة توجه الاضطراب العام وغيره من الاعراض المذكورة سابقا أكثر من توجيهها بالاحتقان الكبدى

وبالبحث الطبيعى يعرف بسهولة ازدياد حجم الكبد متى وصل الاحتقان الى درجة عظيمة الشدة وحيث ان العلامات الطبيعية الدالة على ازدياد حجم الكبد أول ما ستذكرهنا وجب علينا بيان بعض أمور قبل ذكرها فنقول

لاجل الاستدلال على تزايد حجم الكبد يبحث عنه اولا بالنظر ثم الجس ثم القرع

فبالبحث بالنظر يوجد عند انتفاخ هذا العضو انتفاخا عظيما بروز فى المراق الايمن ممتدا جهة اليسار ويمتد مختفيا تدريجا جهة الاسفل ونصف الصدر الايمن الذى يزيد فى الحالة الطبيعية عن النصف اليسار بنصف قيراط الى قيراط يكون كثير التمدد فى جزئه السفلى والاضلاع السفلى يمكن ان تندفع الى الخارج بالكبد المتزايد الحجم وتتقارب من بعضها وحافتها السفلى تندفع الى الامام

والجس يتعسر بالكلية بانقباض عضلات البطن الذى يحصل عند عدم التأنى والدقة فى البحث فان بعض الاطباء الغير المتمرنين يظنون وجود اورام فى الكبد عند الجس بسبب انقباض بعض أجزاء العضلة المستقيمة البطنية المحدودة بالتدارير الوترية ولذا لا ينبغى البحث بالجس عن المراق الايمن والمريض

جالس أو واقف بل ينبغي استلقاؤه على ظهره وتقريب الفخذين من الحوض قليلا كما أنه يؤمر المريض بالتنفس بكيفية منتظمة وصرف فكره عن البحث بالاسئلة من الطبيب وفي كثير من أحوال انتفاخ الكبد الذي يعرف أكيدا بالقرع وان وجد فيها بالجس مقاومة عظيمة في المراق الايمن لايمكن معرفة حافة الكبد معرفة تامة وذلك يحصل عندما تكون مقاومة الكبد المنتفخ غير متزايدة خصوصا عندما تكون متناقصة وفي أحوال أخرى وهي التي يكون الكبد فيها متزايدا في المقاومة والانتفاخ فالجس فيها لايدل على درجة عظم حجم هذا العضو فقط بل وعلى شكل حافته وسطحه أيضا

واما القرع فهو الواسطة الطبيعية المهمة جدا في معرفة انتفاخ الكبد ولاجل تحديد الحد العلوي من الكبد لايرتكن الى صوت القرع القليل الاصمية الذي يشاهد في الاصقاع التي توجد فيها طبقة رقيقة من الرئة بين الكبد وجدر الصدر بل يرتكن الى الصوت الاصم التام الذي يسمع في الاصقاع التي فيها يلامس الكبد جدر الصدر ومباشرة فحينئذ متى ذكر الحد العلوي من الكبد فالمراد منه حد الاصمية التامة لصوت القرع وهذا الحد لايعلو الصقر الا كثر ارتفاعا من الكبد الا بنحو ثلاثة سنتيمترات ويكون في الاحوال الطبيعية أسفل حافة الضلع السادس في الخط الثديي ويسقط الى الضلع السابع عند الشهيق العميق ثم يصعد الى الضلع الخامس في الزفير التام وفي الخط الابطي يكون هذا الحد في محاذاة الضلع الثامن واما بقرب العمود الفقري فيكون في موازاة الضلع الحادي عشر وفي الخط المتوسط من البطن لايمكن تحديد هذا الحد الكائن في موازاة مفصل الملعقة الخنجرية مع القص تحديدا تاما لان أصمية الكبد تختلط في هذا الصقع باصمية القلب واما الحد السفلي للكبد فانه في الاحوال الطبيعية في الخط الثديي يصل الى الحافة السفلى من قوس الضلع الاخير او أسفل من ذلك بقليل وفي الخط الابطي يكون أعلى الضلع الحادي عشر واما في الخط المتوسط فانه يوجد وسط المسافة الكائنة بين الملعقة الخنجرية والسرة ومن الخلف أي بجوار العمود الفقري لايمكن تحديد هذا الحد مع التأكيد وعند النساء والاطفال يكون هذا الحد أسفل حافة الاضلاع بقليل بسبب قصر صدورهم وكل من الحافة

الحادة للكبد المجاوزة قوس الاضلاع ببعض سنتيمترات والفص اليسارى من الكبد لا يحدث اصمية واضحة فى صوت القرع متى كان الكبد غير متكاثف والبعد الكائن بين الحد العلوى وحده السفلى فى الخط الثديى ٩ سنتيمترات و ٥ ملليمترات وفى الخط الابطى ٩ سنتيمترات و ٣٦ ملليمترا وفى الخط القصى ٥ سنتيمترات و ٨٢ ملليمترا وذلك بحسب القياسات التى فعلها المعلم (فريركس) فى ٤٩ شخصا من سن ٢٠ الى ٤٠ سنة ومتى عظم حجم الكبد صار صوت القرع فى المراق الايمن والقسم الشراسيفى أصم فى امتداد عظيم وهذه الاصمية تصير قليلة الوضوح أو تزول بالكلية بالقرب من حافة الكبد وينبغى معرفة هذه الظاهرة حتى لا يعلم ان الكبد اصغر حجما مما هو عليه فى الحقيقة ولا ينبغى تشخيص انتفاخ الكبد وازدياد حجمه من الاصمية الممتدة فى المراق الايمن الا من بعد التيقن من عدم اندفاع هذا العضو الى أسفل وقد ذكرنا فيما تقدم الامور المهمة التى ينبنى عليها التشخيص التمييزى بين عظم حجم الكبد واندفاعه وزيادة على ذلك فالكبد قد يلامس جدر البطن فى امتداد عظيم بدون ان يعظم حجمه وذلك بان يسقط ويميل الى اسفل اما بضغط يقع على الجزء السفلى من تجويف الصدر او باسترخاء فى جوهره كما قاله (فريركس) او بان يكون ذا شكل غير طبيعى وأكثر الاشكال غير الطبيعية حصولا ما يشاهد عند النساء بسبب العصر الشديد للملابس ولاسيما بالاربطة القوية للابسهن فان الكبد بهذا الضغط المستمر الواقع عليه يحصل فيه تفرطح عظيم جدا وتمدد بحيث يجاوز حافة الاضلاع بجملة اصابع بدون ان يعظم حجمه بل ربما يصل فى أحوال نادرة الى العرف الحرقفى وينبغى الالتفات الى تغير وضع الكبد وشكله حتى يمكن التحقق من نتيجة البحث بالعلامات الطبيعية

واما انتفاخ الكبد الاحتقانى فمن النادر الحكم به بمجرد النظر وبالقرع توجد أصمية عظيمة ممتدة من المراق الايمن الى المراق الايسر بسبب ازدياد سموكة الكبد وممتدة أيضا من أعلى الى أسفل بحيث تصل أحيانا الى السرة وباللمس يحس بحافة الكبد احساسا واضحا بسبب ازدياد مقاومته ولا يوجد فى هذا الشكل الاحتقانى ادنى تغير فى شكل الكبد وملاسة سطحه ومن

الامور المشخصة لاحتقان الكبد السهلة التوجيه هو تزايد حجمه وتناقصه بسرعة أكثر منه في جميع انتفاخاته

ومن المستغرب ان الصفة المرضية للضمور الجوزي من الكبد لم يلتفت اليها حق الالتفات الا في العصر الاخير خصوصاً من المعلم (لبرمبستر) والظواهر الخاصة بهذه الصفة المرضية يمكن ايضاحها بعبارة موجزة وهي ان المرضى تكون مصابة بمرض في القلب او انفيزيما رئوية او غيرها من الامراض الرئوية التي بهايداق انصباب الدم في القلب الايمن ويكون هذا العائق الدوري قد أدى عندهم لانتفاخ في الكبد وسيانوز واستسقاء عام وتكون الظواهر الاستسقائية كما هو العادة في أمراض القلب والرئتين مبتدئة بالاطراف السفلى ثم تمتد الى التجاويف المصلية وعند التقدم في السير يكون قد اعترى الحالة المرضية تغير بحيث يظهر أن الاستسقاء الزقي اوضح من الاستسقاء العام او أنه يستمر حتى أمكن شفاء ماعداه من ظواهر الاستسقاء العام مدة من الزمن بالوسايط العلاجية اللائقة وعند البحث عن الكبد يوجد أنه متناقص في الحجم بالنسبة لما كان عليه وأن حافته السفلى اكثر ارتفاعا بقدر جملة أصابع عما كانت عليه قبل بعض اسابيع او اشهر ولا يندر أن يصل الاستسقاء الزقي الى درجة عظيمة جدا مع قلة الاستسقاء العمومي على حالة مناسبة بحيث يلتجأ الى فعل البزل وفي الاحوال التي شاهدناها وكان فيها عند وجود امراض في القلب او الرئتين عدم تناسب بين الاستسقاء الزقي والعمومي مع تناقص واضح في انتفاخ الكبد وفيها امكن تشخيص الضمور الجوزي للكبد لم نجد تزايدا في حجم الطحال وتوجيه هذه الظواهر عند التأمل بالدقة لهذا الضمور ليس فيه صعوبة فان الجوهر الخلوي من الكبد المنكمش يضغط على الاوعية نفسها لان الدم من الاوردة البريتونية يكون حينئذ معوقا بكيفية مزدوجة اعني بآفة القلب أو الرئتين او بانضغاط اوعية الكبد انما عدم عظم حجم الطحال يظهر أنه مخالف لما هو الواقع في مثل هذه الاحوال فانه بانضغاط الاوعية الكبدية يكون استفراغ دم الطحال معوقا وحيث كان يوجد في سيروز الكبد الذي يكون فيه أحوال مشابهة لهذه يكاد يوجد الطحال ممتدا على الدوام وعظم

جسمه بسبب عادة لاحتباس الدم فى الوريد الطحالى وسأتكلم عند الكلام على سيروز الكبد واحتقان الطحال على هذا الامر المتنافى بحسب الظاهر

(المعالجة)

دلالة المعالجة السببية تستدعى استبعاد الامور التى تساعد على حصول توارد الدم نحو الكبد او احتباسه فيه فالاحتقانات التواردية الكبدية الناتجة عن الافراط من المآكل والمشارب تستدعى تدبيرا غذائيا لطيفا والناتجة عن الافراط من المشروبات الكؤولية تستدعى منع تعاطى المشروبات المذكورة بالكلية ومن جملة المعالجة السببية تغيير الهواء بالانتقال من اقليم الى آخر للاشخاص القاطنين فى البلاد الحارة او المشحونة بالميازما الآجامية متى حصل لهؤلاء الاشخاص احتقانات كبدية متكررة وعند ظهور احتقانات تواردية نحو الكبد قبل حصول الطمث عند النساء او متى لم يظهر الطمث فى الوقت المعتاد فحينئذ تستدعى المعالجة السببية وضع العلق على عنق الرحم او المحاجم التشريطية على الوجه الانسى من الفخذين واما فى الاحتقانات الكبدية الاحتباسية فالغالب انه لا يمكننا اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية وان امكننا اتمام ذلك فالغالب ان الذى تقاوم به المعالجة يفعل بقصد اضطرابات اخرى دون الاحتقان الكبدى فاننا ان اجرينا فعل الفصد مثلا فى الالتهاب الرئوى واحدثنا بذلك تلطيفا فى الاحتقان الكبدى فلا يكون هذا المرض الاخير هو الذى استدعى الفصد بل الذى استدعاه الاحتقان الاحتباسى فى الدماغ او غيره من الاسباب

واما دلالة معالجة المرض نفسه فيستعمل فيها كثيرا ارسال العلق على قسم الكبد لكن هذه الطريقة ليست عقلية وقليلة التأثير وقد اجاد المعلم (هينوخ) حيث قال ان وضع العلق على القسم الشراسيفى فى مثل هذه الاحوال كوضعه على قبضة يد او مفصل قدم بل ينبغى وضع العلق حول السفرة متى كانت اعراض الاحتقان الكبدى مشتدة وواضحة فان ارسال العلق على هذا الصفر يجذب الدم من الاوعية المنضمة لجذور الوريد الباب وبذلك يخف الضغط الواقع على جدر الاوعية فيتناقص وروده نحو الكبد

والمسهلات

والمسهلات اللطيفة خصوصا الاملاح المتعادلة لها تأثير مماثل لذلك فانها تحدث استفراغ الاوردة المعوية بسبب جذب كمية عظيمة من السائل منها فيضعف الضغط الباطن الواقع على جدر الوريد الباب والمرضى المصابون باحتقانات كبدية اعتيادية ينجح عندهم استعمال معالجات مخصوصة بالمياه المعدنية كمياه ومبرغ وكسينجن وماريه باد فان الاملاح التى تدخل فى باطن الجسم فى هذه الينابيع يمكن تحمل تأثيرها بدون ضرر زمنا طويلا

(فى التهابات الكبد)

لاجل سهولة دراسة التهابات الكبد يميز لها خمسة أشكال وسنشرح كلا على حدته مفصلا فنقول اما الشكل الاول فيحصل فيه الاضطراب الغذائى الالتهابى فى الحويصلات الكبدية نفسها وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الجوهرى او التقيحى بسبب سهولة انتهائه بتكون الخراجات الكبدية وأما الشكل الثانى فيصيب فيه الالتهاب المنسوج الخلوى القليل الذى يمتد من محفظة جلسون الى باطن الكبد مع الاوعية الدموية ونتيجة هذا الالتهاب نمو المنسوج الخلوى ثم انقباضه انقباضا نديبيا فيما بعد ويسمى هذا الشكل بالالتهاب الكبدى الخلوى وعند انتهائه بالانكماش يسمى بسيروز الكبد وأما الشكل الثالث ففيه يحصل من جهة فساد محدود فى الجوهر الكبدى ومن جهة أخرى نمو فى المنسوج الخلوى حول الاجزاء المتسددة وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الزهرى نظرا لسببه الاصلى وأما الشكل الرابع ففيه يكون الالتهاب (أقله فى الابتداء) قاصرا على جدر الوريد الباب فيسمى بالالتهاب الكبدى الوريدى الباب وأما الشكل الخامس فهو الذى يسميه الآن اغلب الاطباء الضمور الحاد للكبد وهو مرض فيه يحصل نضح بين الاخلية الكبدية ينتج عنه ضمور هذا العضو فى أقرب وقت ويصطحب بيرقان كثير الشدة ولا نتكلم على هذا الشكل الخامس الا بعد العثور على معرفة غيره من أمراض الكبد التى تصطحب باليرقان وتكون سهلة المعرفة

(المبحث الثانى)

(فى الالتهاب الكبدى الجوهرى أو التقيحى)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التى تحصل فى هذا الشكل تصيب الاخلية الكبدية تبعا للمعلم (ورجوف) فانها تنتفخ فى الابتداء وتنضغط فيها مادة زلالية ثم تتلاشى هذه الاخلية فيما بعد فينتج عن ذلك تلاش أيضا فى جوهر الكبد وبذلك يظهر مسافات خالية ممتلئة ببقايا النسوج الكبدى المتلاشى وأما (ليبرمستر) فانه يقول ان التغير المرضى فى هذا الالتهاب يبتدئ من المنسوج بين الخلايا وأن تلاشى الخلايا الكبدية أمر ثانوى ثم ان أسباب هذا الالتهاب ليست واضحة بالكلية وهو مرض نادر الحصول فى البلاد المعتدلة ويشاهد بكثرة فى المناطق الحارة كالهند الا أنه بولغ فى كثرة وجوده هنالك ومما يعد من الاسباب المتممة لهذا المرض

اولا نحروح الكبد ورضه لكن ذلك نادر الحصول فان (بود) لم يجد هذا السبب المرضى فى ستين حالة شاهدها او جمعها الا مرة واحدة

ثانيا وقوف التجمعات الحصوية ذات الزوايا فى المسالك الصفراوية وهذا نادر أيضا

ثالثا وجود تقرحات او تغيرات غنغرينية فى الاحشاء البطنية فكثيرا ما شوهد مضاعفة هذا المرض للقروح المعدية والمعوية وقروح الحويصلات المرارية كما انه قد شوهد حصول الالتهاب الكبدى التقيحى عقب عملية الفتق المختنق او عمليات جراحية أخرى فى المستقيم وفى جميع هذه الاحوال يغلب على الظن ان هذا المرض حاصل بواسطة السدد السيارة من فروع الوريد الباب او انتقال جواهر أخرى مهيجة مضرة الى الكبد بواسطة دم الوريد الباب وان لم يمكن اقامة البرهان القطعى المثبت لذلك مع التأكيد الى الآن وان كان المعلم (بود) كغيره من المؤلفين ينسب هذا الالتهاب الكبدى فى البلاد الحارة جدا الماذكر ومن المعلوم انه يندر حصول هذا المرض حصولا أوليا بل الغالب ان يكون حصوله تابعا للدوسنطاريا المتسلطنة تسلطنا او ضعيا فى البلاد الحارة جدا لكن لم يثبت ثبوتا كليا فى هذا الشكل الاخير أن التهاب الكبد ناتج عن مرور جزيئات متغنغرة من الغشاء المخاطى المعوى او السائل العفن للمعى فى باطن الكبد بواسطة

الوريد الباب كما انه لم يثبت أيضا ان الدوسنطاريا هى السبب الوحيد للالتهاب الكبدى فى البلاد الحارة بل عدم مضاعفة الالتهاب الكبدى للدوسنطاريا الوبائية فى البلاد الباردة ولو التى يوجد فيها تغنغر ممتد فى الغشاء المخاطى وفساد فى متحصل الامعاء من الامور التى تظهر أنها تنافى رأى المعلم (بود) وغيره

رابعا يعد من الاسباب المتممة للالتهاب الكبدى الجوهرى الآفات الجرحية والغنغرينية والسدد والالتهابات الوريدية للاجزاء الدائرية للجسم وفى توجيه هذا الشكل الذى يسمى بالالتهاب الكبدى الانتقالى بعض عسر كتوجيه الشكل السابق وظهور خراجات انتقالية فى الكبد عقب تقرحات غنغرينية دائرية تلجئنا الى الظن بان السدد الدموية (تبعا لما ذكرناه فى الآفات الانتقالية للرئة) تاتى وتسد فريعات الشريان الكبدى بعد المرور من الاوعية الشعرية الرئوية وينبغى لما ذكر هذا الشكل والتنبيه على عسر توجيهه والسيما تباين الرأس والكبد التى قيل بها كثيرا فى الزمن السابق ينبغى الآن توجيهها بان جروح الرأس النافذة الى جوهر العظم تحدث بسهولة عظيمة تغيرات انتقالية فى أعضاء أخرى خصوصا الكبد

(الصفات التشريحية)

الالتهاب الكبدى الجوهرى لايكون مطلقا منتشرا فى عموم جوهر الكبد بل يظهر على الدوام على هيئة بورات منعزلة تكون تارة عظيمة وتارة صغيرة وكثيرا مالايوجد منها الابورة واحدة وفى بعض الاحوال يوجد الكبد موشحا ببورات عديدة ومن النادر امكان البحث التشريحى عن الكبد وهو فى الدور الابتدائى من هذا الالتهاب فوصف الاجزاء الملتهبة حينئذ بانها ذات لون محمر داكن ذات مقاومة وبروز قليل عن سطح الكبد المحتقن مأخوذ يقينا من المقارنة بالتهاب اعضاء أخرى لامن المشاهدات وتوجد فى ابتداء الالتهاب الكبدى وسط الكبد المحتقن اصفرار متغيرة اللون مصفرة رخوة تلتبس بالخراجات الكبدية متى كانت بقرب السطح الظاهر من الكبد وقد شاهد المعلم (وريحوف) فى هذه المواضع المتغيرة بالمكروسكوب ان خلايات

الكبد تظهر كابية او شفافة حبيبية وعددها متناقص ومنتشر بين الخلايا الكبدية السليمة مادة مائية ذات حبيبات رفيعة جدا وأكثر من ذلك حصولا عدم امكان البحث عن الالتهاب الكبدى التقيحى فى دور يكون أكثر تقدما فيوجد فيه حينئذ خراجات بحجم حمصة او بيضة الدجاجة ومتى اختلطت هذه الخراجات بعضها وتقدم تقيح الكبد نتج عن ذلك بورات عظيمة غير منتظمة متعرجة يمكن ان تكتسب امتدادا عظيما جدا وهذه البورات تكون مخاطة بمنسوج كبدى كاب آخذ فى التلاشى والاضمحلال ومحتوية على صديد قشطى كثيرا ما يكون مخضرا بواسطة اختلاطه بالصفراء *

وخراجات الكبد يمكن أن تكون ثاقبة متى امتد التهتك الى السطح الظاهر والتثقب اما ان يحصل فى تجويف البطن او فى جلده اذا تكون التصاق كاف بينه وبين الكبد وفى أحوال أخرى قد ينصب الصديد فى تجويف البلورا وذلك اذا التصق الكبد بالحجاب الحاجز وقد شوهد أحوال نادرة فيها قد ينفتح خراج الكبد اما فى التامورا وفى المعدة اوفى الامعاء او الحويصلة المرارية بل وفى الوريد الباب او الاجوف السفلى

وفى الاحوال الجيدة التى فيها يعيش المريض بعد انفتاح الخراج الكبدى يمكن ان تتقارب جدر الخراج لبعضها ثم تتكون منسوج خلوى ندبى ينشأ عنه فيما بعد أثرة التحام صلبة تحتوى فى الغالب على مواد صديدية متكاثفة او مستحيلة الى مادة طباشيرية بل وفى بعض الاحوال التى فيها لا يحصل تثقب يمكن ان يتكون فى جدر الخراج وحوله نمو خلوى عند استطالة مدته فيصير سطحه الباطن املس ويتكيس الصديد ويتكاثف شيأ فشيأ بامتصاص أجزائه السائلة وبانكماش المنسوج الخلوى المحيط بالخراج يمكن ان يتناقص حجمه شيأ فشيأ ولا يبقى الا منسوج ندبى صلب محتو على مادة طباشيرية

(الاعراض والسير)

الشرح المبين الذى يذكر فى الالتهاب الكبدى التقيحى لا يوافق غالبا الا الالتهاب الكبدى الجرحى او الناتج عن احتباس الحصوات الصفراوية كما نبه على ذلك المعلم (بود) مع ان هذين الشكلين اندر من غيرهما حصولا كما

ذكرناه

ذكرناه اذمن المعلوم انه متى حصل ألم شديد فى الكبد عقب رض على قسم هذا العضو اومؤثر شديد آخر وانتفخ الكبد وصار مجلسا لآلام شديدة واصطحب مجموع هذه الاعراض بحمى قوية واضطراب بنى ثقيل كان تشخيص هذا المرض سهلا

وينعكس ذلك متى ضاعف التهاب الكبد تغيرات مرضية تنكرزية كما اذا طرأ هذا الالتهاب على الدوسنطاريا أو عقب تقرحات دائرية اوجروح الرأس اوعمليات جراحية والمشاهدات الاكلينيكية العديدة التى ذكرها كل من بود واندرال عبارة عن مجموع احوال فيها لم يعرف خراج الكبد المتكون بهذه الكيفية بالكلية أولم يستدل عليه الافيما بعد وينبغى الظن بطرو الالتهاب الكبدى عند وجود التقرحات المعوية المزمنة والالتهاب الاعورى الدائرى وماماثلهما من التغيرات المرضية وعقب بعض العمليات الجراحية المفعولة فى المستقيم او البطن متى أحس المريض بقشعريرات وانتفخ الكبد وصار مؤلما وانضم لذلك يرقان لكن ليس عرض من هذه الاعراض نادر الوجود فان الاحوال التى فيها تفقد الظواهر الموضعية لمرض الكبد عند وجود تغيرات انتقالية آتية من نحو الاعضاء البطنية تكون كثيرة الحصول كاحوال التغيرات الانتقالية للرئتين التى تسير بدون ان ينتج عنها آلام فى الصدر ونفث مدمم وكذا كل من القشعريرة والحمى يمكن ان يكون علامة على مرض آخر غير الالتهاب الكبدى التابعى فلا ينبغى اعتبار ماذكر علامة أكيدة قاصرة على هذا المرض ومن العسر معرفته طرو الالتهاب الكبدى على الدوسنطاريا الوطنية فانه فى هذا المرض الاخير لا يندر أن يكون الكبد منتفخا مؤلما بدون ان يكون مجلسا التغيرات التهابية والحمى فى هذه الحالة لاتدل على شئ فان الدوسنطاريا فى حد ذاتها مرض يصطحب بحمى واليرقان يفقد فى كثير من الاحوال وان وجد فى أحوال أخرى فلا يكون علامة أكيدة دالة على التهاب الكبد وأكثر الالتهابات الكبدية عسرا فى التشخيص تشخيص الالتهاب الكبدى التقيحى الذى يظهر عند وجود التقرحات الدائرية والعمليات الجراحية ولا يكون فى هذه الاحوال الا ظاهرة من ظواهر المرض المعروف بالتسمم الصديدى للدم اذفى مثل هذه الاحوال

لاتشتكى المرضى التى تكون مضطربة الدماغ وفى انحطاط عظيم بآلام فى قسم الكبد كما ان كلا من القشعريرة والحمى الشديدة بل واليرقان مهما كثر وضوحه لايدل دلالة أكيدة على اصابة الكبد وان انضم الى ما تقدم ان ازدياد حجم الخراجات الكبدية التى تتكون فى الامراض السابق ذكرها يكاد يحصل على الدوام ببطء بدون ان ينتج عنه أعراض واضحة كان من الواضح انه كثيرا ما لا يظن او يتحقق من ان تلك التغيرات المرضية كانت مرتبطة بالتهاب كبدى الا بعد زمن طويل بل بسبب النحافة المستمرة وغيرها من مجموع الاعراض التى ستذكر فيما بعد

ثم ان الصفة المرضية الناتجة عن خراجات الكبد الآخذة فى الازدياد شيأ فشيأ تختلف اختلافا عظيما فيكاد يوجد فى الغالب ألم اصم فى المراق الايمن يتزايد بالضغط عليه وقد ينضم لذلك ألم مخصوص سفلا يرى فى الكتف الايمن وكل من كثرة حصول هذا الالم وأهميته فى التشخيص قد بولغ فيه فى الزمن السابق ويكاد يجاوز الكبد على الدوام حافة الاضلاع الكاذبة وفى الاحوال التى فيها تكون الخراجات الكبدية عظيمة متعددة او التى فيها يكون احتقان هذا العضو واصلا لدرجة عظمى يمكن ان الكبد المتضاعف حجمه يمدد الجهة اليمنى من الصدر ويبرز فى المراق الايمن ويسقط الى أسفل فى البطن ومتى كان مجلس الخراج فى السطح المحدب للكبد وارتفع عن موازاته وجد احيانا بالجس بروزات محدبة قابلا بل يمكن ان يحس فيه بالتموج واليرقان ليس من الاعراض اللازمة للخراجات الكبدية بل يفقد فى معظم الاحوال فان احتباس الصفراء وامتصاصها المتعلق بهما وجود اليرقان يكونان اما نتيجة انضغاط القنوات الصفراوية او انسدادها بالكلية بواسطة تعقدات زلالية او ليفية

والخراجات الكبدية العظيمة يمكن ان ينتج عنها انضغاط فروع الوريد الباب بل والخراجات المتكونة فى السطح المقعر لهذا العضو يمكن ان تضغط على جذع الوريد نفسه وكثيرا ما يوجد فى مثل هذه الاحوال خلاف الاعراض السابق ذكرها انتفاخ فى الطحال ونضح مصلى فى البريتون ومادامت الخراجات الكبدية صغيرة الحجم فالحمى التى تصحبها لاتكون شديدة غالبا بل

كثيرا ماتفقد بالكلية وفى اثناء هذه المدة يكون اضطراب الحالة العامة للمريض قليلا وتبقى قوى المرضى ويظهرانهم متمتعون بصحة مناسبة فى الظاهر جملة سنين لكن متى ازداد حجم الخراجات الكبدية وصار عظيما اشتدت الحمى وحصلت قشعريرات زمنا فزمنا كما يشاهد فى غير ذلك من المقيحات المزمنة وتنحط قوى المرضى ويتكون فيهلك اغلبهم فى هذه الحالة باعراض الاستسقاء وهذا ما يسمى بالسل الكبدى

ومتى انثقب خراج الكبد وانفتح فى تجويف البطن نتج عن ذلك التهاب بريتونى فجائى يهلك المريض فى اقرب وقت واذا حصل التصاق بين الكبد والجدر المقدمة للبطن ثم وهذا اولا ارتشاحها ارتشاحا وذيماويا يصير فيما بعد التهابيا والتموج الذى كان قبل ذلك قليل الوضوح يصير بذلك سطحيا ويظهر فى جدر البطن ويزداد شيأ فشيأ الى ان يثقبها فينفتح الخراج واما اذا حصل التثقب فى الحجاب الحاجز فيشاهد اماظهور علامات التهاب البلورا او خروج نفث وهو الغالب من مواد صديدية ذات لون احمر داكن او مسمر وذلك بسبب كثرة التصاق وريقتى البلورا ببعضها ومنظر هذا النفث بانفراده كثيرا ما يكفى فى تشخيص خراجات الكبد واما اذا حصل التثقب فى التامور فينتج عن ذلك التهاب تامورى قتال بسرعة واما اذا حصل التثقب فى المعدة فيشاهد خروج مواد صديدية بالقىء باللون السابق ذكره واما عند حصول التثقب فى الامعاء فيشاهد فيه اسهال صديدى ومتى خرج الصديد فى فتحة جدر البطن او انقذف الى الخارج من المعدة او الامعاء او الشعب احست المرضى حالا براحة وتحسين عظيم لكن هذا التحسين لا يستمر ولا يبقى الا فى الاحوال النادرة التى تكون فيها الخراجات الكبدية ذات امتداد قليل وكان استمرارها زمنا قليلا واما فى أغلب الاحوال فيستمر الافراز الصديدى وتهلك المرضى من استمرار القيح عقب زمن كثير الطول او قليله واما الانتهاء بالشفاء عقب تكيس الخراج وتناقص حجمه تناقصا تدريجيا مع تكاثف متحصله فيعد من النوادر ويندر اتباع سير هذا الانتهاء الجيد مع التأكيد مدة الحياة

(المعالجة)

الاجتهاد فى حصول تحليل الالتهاب الكبدى بواسطة وضع العلق حول الشرج والوضعيات الباردة على المراق الايمن لا ينجح الا فى الاحوال النادرة من الالتهاب الكبدى الجرحى واما عند تقدم المرض فالمستعمل بكثرة من الوسايط العلاجية هو وضع الحراريق على قسم الكبد واستعمال الزئبق الحلو فى الباطن ولو كان أساس انتشار استعمالهما غير قوى

واما باقى اشكال الالتهاب الكبدى التقيحى فينبغى الاقتصار فيها على المعالجة العرضية خصوصا وانه من النادر معرفة المرض قبل تكون الخراج ومن ترك استعمال المركبات الزئبقية من الظاهر والباطن بقصد مساعدة امتصاص التقيح ولو قيل ان المرضى المصابين بامراض الكبد تحمل استعمال الزئبق الحلو بمقدار عظيم بدون خطر ومتى لم يمكن الاحساس بالتموج وعدم فتح الخراج ينبغى الاقتصار على حفظ قوى المريض بواسطة تدبير غذائى جيد مع استعمال المركبات الحديدية الخفيفة بل والنبيذ المخفف ان احتيج لذلك وعند وجود القشعريرات ينبغى استعمال المركبات الكينية فان تأثيرها الجيد المضاد للحمى قد يتضح أيضا فى هذا المرض اتضاحا عظيما وحيث دلت التجارب على ان خراجات الكبد التى تنتهى بالشفاء هى التى يسيل منها بعد فتحها صديد مختلط بالدم مع جزئيات من جوهر الكبد الواقع فى التهتك وان الخراجات التى يسيل منها صديد جيد نضج لا تشفى مطلقا فمن الواجب التمسك به ان تفتح الخراجات الكبدية بسرعة قبل تكون الغشاء المولد للصديد وتغطيته لجدر البورة الصديدية ومن المعلوم فى علم الجراحة ان قبل فتح الخراجات الكبدية ينبغى التمسك باحتراسات مخصوصة وان يفضل استعمال الكاويات على المشرط مالم يكن الطبيب متأكدا من وجود التصاق متين بين الكبد وجدر البطن

(تنبيه) قد جرب الاطباء فى الازمنة الاخيرة بط الخراجات الكبدية بطا متكررا بالآلة البازلة الاستقصائية بقصد خروج المواد الصديدية الجديدة التكوين وعدم بقائها وتكوينها البورات عظيمة الا ان هذه الطريقة ليست عامة الاستعمال ولم يؤيد الطب العملى الى الآن نجاحها وانتشار استعمالها

(المبحث الثالث)

(فى الالتهاب الكبدى الخلوى المعروف بسيروز الكبد
وبالاستحالة الحبيبية للكبد)
(كيفية الظهور والاسباب)

مجلس الالتهاب الكبدى الخلوى غلاف الكبد والمنسوج الخلوى القليل المكون لامتدادات المحافظ الجلسونية والمار من باطن هذا العضو مصاحبا لاوعيته وفى هذا الشكل لا يتكون نضح سائب فى الكبد ولا تقيح ولا خراجات فالتغير الالتهابى فى هذا الشكل عبارة عن نمو المنسوج الخلوى بتكون عناصر خلوية جديدة من الموجودة من قبل وكلما ازداد نمو هذا المنسوج ازداد اضمحلال الجوهر الخاص للكبد وتلاشيه وفى الدور المتقدم لهذا المرض يكابد هذا المنسوج الجديد التكوين انكماشا نديبيا ينكمش به جوهر الكبد تدريجيا ويضمحل بعض أجزائه وحينئذ تنسد الاوعية الدموية والقنوات الصفراوية فى امتداد عظيم ويضمر معظم الاخلية الكبدية ويتلاشى

ثم ان المهيج الذى يحدث هذا الالتهاب بكثرة هو الكؤل ولذا تسمى اطباء الانكليز الاستحالة الحبيبية للكبد بكبد السكارى وبكبد شرابى (الجن) (وهو مشروب روحى قوى التأثير جدا) وهذا المرض يكون فى الرجال أكثر منه فى النساء وماذاك الا من اختلاف الافراط فيما ذكر باختلاف النوع ويكون نادر الوجود فى الطفولية والظاهر أن الاستثناآت الظاهرية تؤيد القاعدة العامة فى بعض الاحوال وذلك لان (وندرلش) شاهد أعراض سيروز الكبد الواضحة جدا عند اختين سن احداهما ١١ سنة والاخرى ١٢ فبالتفحص الجيد ظهر له ان كلا منهما كان يتعاطى الكؤل بمقدار عظيم

وتعاطى الكؤل ليس هو السبب الوحيد فى الالتهاب الكبدى الخلوى فالاشخاص المصابون بهذا المرض والمنكرون اعتيادهم بتعاطى الكؤل لا يعتبر جميعهم من المدمنين على السكر خفية وقد قيل ان مجرد الاحتقان الكبدى الاحتباسى كالمشاهد فى المصابين بامراض القلب يحدث الالتهاب الكبدى الخلوى لكن الظاهر ان هذا القول مبنى على الخطا وناتج عن

اختلاط شكل الضمور الكبدى فى كل من حالتى الكبد الجوزية والحبيبية والاسباب الاخرى المحدثة لهذا الالتهاب الكبدى الخلوى منبهمة علينا وقد ظن (بود) ان بعض الجواهر المهيجة التى تدخل فى المعدة كل يوم يمكن ان يحدث عقب امتصاصه هذا المرض كما يحدثه امتصاص الكؤول ولكن التمبق على مجرد نظريات فقط وقد شوهد ان السبب المهيج المحدث لهذا المرض فى بعض الاحوال عبارة عن تجمع حصوات صفراوية فان معظم المسالك الصفراوية العظيمة للكبد المصاب الواضح فيه صفات سيروز الكبد كان ممتلئا بتجمعات حجرية

(الصفات التشريحية)

فى الدور الاول من هذا المرض النادر فيه مشاهدة الصفات التشريحية يكون هذا العضو متزايد الحجم خصوصا سمكه والمحفظة البريتونية ثخينة قليلا كابية اللون وسطح الكبد لم يزل مستويا املس ما عدا بعض بروزات غير منتظمة وعند الشق يظهر جوهر الكبد مرتشحا بمادة دموية رخوة ذات لون سنجابى ضارب للحمرة تكسب الكبد هيئة لحمية وهذه المادة تشتمل على امتدادات دقيقة من منسوج خلوى ضام وخلاقى كما يتضح ذلك من البحث المكرسكوبى ويظهر فى وسط هذا المنسوج جوهر الكبد الاصلى على شكل تحببات قليلة الارتفاع

وأما فى الدور الثانى الذى يعقب الاول بكيفية تدريجية فقد شرحه الشهير (روكتنسكى) مع الايضاح قائلا ان الكبد يكون صغير الحجم عن الحالة الطبيعية وشكله متغيرا بحيث تظهر حوافيه مستدقة وتزداد دقتها حتى تصير كخط خلوى غير محتوعلى جوهر كبدى بالكلية واما سمكه خصوصا فصه الايمن فيكون بالعكس متزايد الحجم بالنسبة لباقى أجزاء الكبد ثم ينتهى هذا العضو بان يصير على هيئة كتلة كرية وفصه الايسر يكون اذ ذاك ملتصقا بفصه الايمن على هيئة معلقة صغيرة مفرطحة ويشاهد على سطح هذا العضو فى هذا الدور بروزات حبيبية او حلمية منها اكتسب هذا المرض اسم الكبد الحبيبى ثم ان كانت هذه التحببات ذات عظم مستو كحب الشهدانج ظهر سطح هذا العضو بهيئة مستوية واذا اختلف عظمها ظهر سطحه بتحببات

غير منتظمة وبين هذه التحببات يصير الغلاف المصلى ذا لون مبيض سميك شبيه بالاوتار العريضة قرنى ومنجذب الى الباطن ومتى وجدت تندبات عظيمة غائرة فى هذا الغلاف فاصلة لجزيئات عظيمة من الكبد عن بعضها اكتسب هذا العضو هيئة فصيصية وفى العادة يكون الغلاف الكبدى ملتصقا بالاعضاء المجاورة خصوصا الحجاب الحاجز اما بواسطة التصاقات كثيرة متوترة او لجمة شريطية وجوهر الكبد المصاب بالسيروز يكون متماسكا صلبا كالجلد وعند شقه يحس بمقاومة كمقاومة الاسكيروس ويوجد فى باطنه نفس التحببات التى تشاهد على سطحه الظاهر وهذه التحببات تكون موضوعة بين الياف منسوج خلوى مبيض وسخ متين قليل الاوعية الدموية ويفقد جوهر الكبد بالكلية فى محال متعددة فيحل محله المنسوج الندبى وبالبحث بالمكرسكوب فى هذا الدور لا توجد التكونات الخلوية الجديدة بل يوجد منسوج خلوى تام التكوين مكون الطبقات دائرية محيطة بخلايا كبدية كانت تسمى سابقا بالتحببات والخلايا الكبدية الموجودة تكون اما آيلة للاستحالة الشحمية او متلونة بلون مخضر بسبب وقوف الصفراء فيها الناتج عن الضغط الواقع على المسالك الصفراوية ثم ان الاستحالة الشحمية للخلايا الكبدية هى والمواد الملونة المشتملة عليها تكسب جميع سطح الكبد خصوصا التحببات الموجودة فيها لونا مصفرا وهذا هو السبب فى تسمية هذا المرض بسيروز الكبد

(الاعراض والسير)

اعراض الالتهاب الكبدى الخلوى فى الدور الاول منه تشابه اعراض احتقان الكبد البسيط مشابهة عظيمة فان التغيرات الالتهابية فى باطن هذا العضو ومحفظته لا تكون مصحوبة عادة الا بآلام خفيفة غير ان الضغط على قسم الكبد يكون احساس المرضى به أكثر منه فى الاحتقان البسيط والاحساس بالامتلاء والتوتر فى المراق الايمن يزداد فى بعض الاحيان بحيث يشابه الاحساس بتوتر مؤلم او بألم محرق فى هذا القسم وزيادة على هذين العرضين توجد اضطرابات فى الدور الاول من هذا الالتهاب فتشتكى المرضى بفقد فى الشهية واحساس بضغط وامتلاء بعد الاكل

ويعتريها حالة غازية فى البطن وامساك ويمكن ان تضطرب التغذية فى هذا الدور أيضا بحيث يكتسب المريض هيئة ضعفية ومع ذلك فجميع هذه الظواهر يمكن ان يقال فيها ماقيل ان الاحتقان الكبدى البسيط يعنى انها تكون مصاحبة لهذا المرض لاعرضا له فان الافراط من المشروبات الروحية يكاد ينشأ عنه على الدوام أيضا نزلات معدية مزمنة وهذه الاعراض المذكورة أخيرا تتعلق بالنزلة المعدية المزمنة لابالالتهاب الكبدى الخلوى

واما اعراض الدور الثانى فينسب معظمها مع السهولة لعائق ميخانيكى وذلك ان الضغط الواقع على فروع الوريد الباب ينشأ عنه بالضرورة ظواهر احتباس الدم وركود فى الاعضاء التى يأتى منها الى الكبد بواسطة هذا الوريد كما ان الضغط الواقع على القنوات الصفراوية ينشأ عنه امتصاص الصفراء والبرقان مادام لخلايا الكبد قدرة على افراز الصفراء

وظواهر احتباس الدم وركوده التى نشاهد فى الابتداء بكثرة هى التى تحصل فى الغشاء المخاطى المعدى والمعوى فان الحالة النزلية المزمنة للغشاء المخاطى المعدى التى تصاحب الدور الثانى من سيروز الكبد ليست كالحالة النزلية المعدية المصاحبة للدور الاول منه من كونها مجرد مضاعفة لهذا المرض بل نتيجة ملازمة له واعراض النزلة المعدية المزمنة قدسبق ذكرها والنزلة المعوية التى تصاحب أيضا هذا المرض بكيفية مستمرة لاينتج عنها افراز غزير فى القناة المعوية الانادرا بل الغالب ان ينتج عنها كما فى النزلات الالتهابية المزمنة افراز غزير من مادة مخاطية لزجة واخلية جديدة وقد ذكرنا أن من اعراض النزلة المعوية التى تخص هذا الشكل من الالتهابات المعوية النزلية المزمنة الامساك والانتفاخ الطبلى للبطن والهيئة الضعفية ولذا كان من الواضح أهمية هذه الاعراض فى سيروز الكبد ولا يندر أن امتلاء الاوعية الشعرية للغشاء المخاطى المعدى والمعوى يصير عظيما جدا بحيث يتمزق بعض هذه الاوعية الصغيرة وعلى ذلك فسيروز الكبد هو بعد القرحة المستديرة المعوية السبب الاكثر حصولا للانزفة المعدية والمعوية كما ان هذا المرض ينتج عنه بسبب عوق الدورة الوريدية البوابية امتلاء واحتقان فى الاوردة

المساريقيـة السـفلى والضـفيرة الباسورية ويكون حينئذ سببا عظيما فى احداث البواسير وعلى حسب ذلك فظهور البواسير من الاعراض الكثيرة الحصول فى المرض الذى نحن بصدده

وحيث ان الوريد الطحالى يصب متحصله فى الوريد الباب وان الضغط الواقع على فروع هذا الوريد الاخير ينتج عنـه أيضا عوق فى استفراغ دم الوريد الطحالى فان ظواهر احتقان الطحال وتمدده تنضم فى هذا المرض الى الظواهر التى تحصل فى المعدة والامعاء وكثيرا ما يوجد الطحال منتفخا فى هذا المرض انتفاخا عظيما فى الدور الاخير من الالتهاب الكبدى الخلوى بحيث ان كلا من ابولسير وبمبرجر وغيرهما يعتبر انتفاخ الطحال اهم عرض لسيروز الكبد وقد وجد (فريركس) الطحال فى حالة الانتفاخ ١٨ مرة فى ٣٦ حالة من سيروز الكبد وتزايد حجم الطحال ينتج فقط عن تراكم الدم واحتباسـه فيه وذلك من جهة انه يحصـل تارة بسرعة من الابتـداء وتارة يتأخر حصوله جدا بدون ان يكون ذلك مطابقا لحصول باقى الظواهر الاحتباسـية ومن جهـة اخرى لكونه يفـقد فى بعض أحوال سـيروز الكـبد وفى جميع أحوال الضمور الجوزى لهذا العضو ولو مع الضغط العظيم الواقع على أوردة الكبد ومن القريب للعقل ان انتفاخ الطحال يتعلق بتغير مخصوص مشابه لما يحصل فى الكبد ومع ذلك فتراكم الدم واحتباسـه له مدخـل فى تزايد حجـم الطحال ويتضح ذلك من تناقص حجم هـذا العضو وزوال انتفاخـه عقب القىء الدموى الذى فيـه تتمزق الاوعيـة الشعرية المعـدية فيسهل استفراغ دم الطحال

وحيث ان الاوردة البريتونية خصوصا أوردة الوريقة الحشوية تستفرغ أيضا فى الوريد الباب فمن الواضح جـدا حصول الاستسقاء الزقى وكـونه العرض الرئيس فى سيروز الكبد وتوضيح ذلك سبق ذكره فى المباحث السابقة التى نبهنا فيها على ان ازدياد الضغط الواقع على جـدر الاوردة البريتونية هو السبب الاكثر تسـاجا لظهور ارتشاح مصـلى فى باطن تجويف البطن وقد يكون هذا الارتشاح المصـلى مختلطا فى بعض الاحوال بكمية قليلة من الدم بسبب تمزق بعض الاوعية الشعرية البريتونية وقد يكون سابحا فيه فى أحوال

أخرى نذف لمفية ناتجة عن نضح التهابي في محفظة الكبد وما حولها والاستسقاء الزقي المتعلق بسيروز الكبد يتصف بكونه ينمو نمو عظيما جدا أكثر من باقي أشكاله ويظهر في آن واحد تشجرات وريدية مزرقة متعرجة على جدر البطن وأوذيما في الاطراف السفلى وأعضاء التناسل بسبب الضغط الواقع على الوريد الاجوف السفلى والاوردة الحرقفية كما انه قد تشاهد غنغرينا سطحية في هذه الاجزاء

وحيث ذكرنا ان النزلات المزمنة للمعدة والامعاء والانزفة في هذه الاعضاء والبواسير وضخامة الطحال والاستسقاء الزقي اعراض ملازمة لسيروز الكبد ناتجة عن عائق ميخانيكي بسبب الضغط الواقع على فروع الوريد الباب فمن الواجب علينا أيضا ذكر الاحوال الاستثنائية وتفسيرها التي تفقد فيها هذه الاعراض او تكاد لا تدرك فنقول انه من المعلوم ان فروع الوريد الباب قد تبقى منفتحة في بعض الاحوال ولو مع تقدم سيروز الكبد بحيث يمكن اتساعها في امتداد عظيم في الجثة ونضيف لذلك ان استفراغ اوردة المعدة والامعاء والطحال والبريتون يمكن ان يصير سهلا فيمتنع احتباس الدم وركوده في هذه الاعضاء بتولد دورة تفممية جانبية تسمح للدم بالمرور في مسالك جديدة وحصول هذه الدورة التفممية الجانبية الجديدة يتم أولا بالاستطراق الذي يحصل بواسطة الضفيرة الباسورية بين الوريد المساريقي السفلي والوريد الخثلي وثانيا التفممات بين فروع الوريد الباب وفروع أوردة الغلاف الكبدي التي تتفمم بالاوردة الحجابية الحاجزية والمروية وثالثا بتفمم الاوعية الجديدة التي تتكون في سمك الالتصاقات التي تحصل بين الكبد والحجاب الحاجز وزيادة عن الاستطراقات الجديدة التي تحصل بكيفية غير طبيعية وبها يسهل مرور الدم في فروع الوريد الباب الى الاجوف بدون مروره في الوريد الكبدي قد تظهر في بعض الاحوال دورة جانبية مخصوصة مدة الحياة ظهورا واضحا وفي هذا الشكل في الدورة الجانبية الجديدة كما كان يظن سابقا انه ناتج من عدم انسداد الوريد السري انسدادا تاما بعد الولادة وبقاء قناة دقيقة في رباط هذا الوريد وعند حصول احتقان كبدي عظيم في الاشخاص الموجود فيهم هذا الاستطراق غير طبيعي

تمدد القناة المذكورة شيأفشيأ بالدم الوارد اليها بحيث توصل هذا السائل الى الجدر المقدمة من البطن وهنالك ينصب الدم فى تفرعات الوريد الثديى الانسى وتراكم الدم بهذه الكيفية فى الوريد الثديى الانسى ينتج عنه عوق فى استفراغ الاوردة الجلدية البطنية وبذلك يوجه نموهذه الاوردة الجلدية نموا عظيما جدا حول السرة على شكل حوية مزرقة لكن هذا التشجر الوريدى الغير الطبيعى المذكور ليس ناتجا عن تمدد الوريد السرى المنسد انسدادا غير تام بل عن تمدد فروع الوريد الباب التى تمتد من الكبد الى الجدر المقدمة من البطن بين وريقات اربطة الكبد وتنضم مع جذور الوريد الشراسيفى والثديى الانسى

وهنالك أمر توجيهه أصعب من فقد ظواهر الاحتقانات الاحتباسية جميعها وهو فقد البعض منها ووجود البعض الآخر فاننا لانعلم لماذا ان الطحال الذى وجده بمبرجر متزايدا فى الحجم ٥٨ مرة فى ٦٤ مشاهدة وفريركس ١٨ مرة فى ٣٦ حالة يبقى صغير الحجم احيانا كما اننا لانعلم لماذا انه يوجد عند بعض المرضى فى دموى متكرر ويفقد عند آخرين مدة سير هذا المرض فلا نتعرض لتوجيه هذه الاختلافات

ثم ان المسالك الصفراوية ولو أنها تكابد ضغطا عظيما فى سير وزال الكبد كتفرعات الوريد الباب الا انه من النادر مشاهدة احتباس الصفراء فى هذا المرض احتباسا واضحا جدا فانه ولو شوهد عند معظم المرضى تلون مصفر وسخ فى الجلد ومصفر فقط فى الصلبتين وبول داكن الا ان اليرقان الشديد الواضح ليس من العلامات الكثيرة المشاهدة فى سير وزال الكبد وهذه الظاهرة يستدل عليها بسهولة من كيفية تكوين الصفراء فانها لا توجد تامة التكوين فى الدم الوارد نحو الكبد بل انها تتكون فى الخلايا الكبدية من العناصر التى ترد اليها مع الدم ولذا ان احتباس الصفراء وامتصاصها يحتاج ولابد لبقاء جزء من الخلايا الكبدية حافظ لوظيفته الطبيعية ففى سير وز الكبد يكون من جهة بعض المسالك الصفراوية منضغطا وحينئذ توجد الشروط المؤدية فى الغالب لاحتباس الصفراء وامتصاصها ومن جهة أخرى يفقد جزء عظيم من الخلايا الكبدية وحينئذ يكون تكوين الصفراء معوقا فمن

ذلك يتضح بسهولة ان اليرقان لا يفقد بالكلية فى سيروز الكبد غير انه يندر أن يصل الى درجة شديدة فقلة اليرقان فى الحالة الراهنة مع تقدم سيروز الكبد تدل على تسلطن أحد الامرين وهو فقد الاخلية الكبدية وان وجد اليرقان بدرجة عظيمة دل هذا على تسلطن الامر الآخر وهو انضغاط المسالك الصفراوية أو أن هنالك عائقا جديدا مانعا الاستفراغ الصفراء مضاعفة مرضية كالالتهابات النزلية للمسالك الصفراوية او انسدادها بالحصوات الصفراوية فان هاتين المضاعفتين كثيرا ما تصاحبان سيروز الكبد وان كان انصباب الصفراء معوقا بالكلية من احدى هاتين المضاعفتين أمكن ان ينتج عن الصفراء المتكونة ولو بمقدار قليل فى باقى الخلايا الكبدية يرقان شديد ولو بانضغاط المسالك الصفراوية يتعلق أيضا بلون المواد الثفلية باللون الباهت او السنجابى لا باللون المسمر وحيث ان مجرد الضغط على المسالك الصفراوية لا ينتج عنه انسدادها بالكلية فلا يشاهد مطلقا فى سيروز الكبد البسيط مواد ثفلية فاقدة اللون بالكلية شبيهة بالطفل الابيض كما يشاهد ذلك فى غير هذا الشكل من اليرقان والبول يحتوى عادة على قليل من المواد الملونة للصفراء لكنه يتميز بكونه يحتوى على كمية عظيمة من الاملاح البولية ومن المواد الملونة للبول وسنتكلم على هذا فيما بعد

ثم انه ينضم الى الاعراض السابق ذكرها الناتجة عن انضغاط فريعات الوريد الباب والمسالك الصفراوية اعراض أخرى تنسب لفساد عدد عظيم من الخلايا الكبدية وقد ذكرنا عند الكلام على الظواهر اليرقانية ان تكوين الصفراء يتناقص بسبب فقد الخلايا الكبدية وننسب عدم تلون المواد البرازية الى قلة تكوين الصفراء كما ننسبه الى احتباسها ثم انا وان لم نعرف حق المعرفة جميع وظائف الكبد الا انه من الاكيد أن تكوين الصفراء ليس هو الوظيفة الوحيدة للخلايا الكبدية وعلى كل فالكبد عضو مهم جدا للتغذية العامة واصلاح الدم فمن الاكيد أن فقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية ينتج عنه اضطراب عظيم فى البنية بتمامها فان اضطراب التغذية الذى يشاهد عند الاشخاص المصابين بسيروز الكبد وان تعلق بعضه بوجود نزلات معدية معوية وربما كان امتلاء الاوردة المعوية امتلاء عظيما يعوق نفوذ متحصل

الامعاء فى هذه الاوعية لابد له من سبب عظيم آخر لاضطراب التغذية فان المرضى المصابة بسيروز الكبد تشتد نحافتها وتسرع نهوكتها ويصير جلدها ذا لون وتتقدم عندها ظواهر سوء القنية اسرع جدا من المصابين بمجرد نزلات معدية معوية او بمن كان عندهم سيلان الدم فى الاوردة المعوية معوقا بطريقة أخرى ولا يعلم ان كان اضطراب التغذية العامة هذا متعلقا بعوق تكوين السكر فى الكبد او بفقد وظائف اخرى لهذا العضو منبهمة علينا فان هذا الامر لم يتيسر للمعارف الفسيولوجية حله الى الآن

ثم انه يظهر عند المصابين بسيروز الكبد قبل الموت بقليل ظواهر عصبية دماغية فبعض المرضى يقع فى حالة هذيان وخدر وبعضهم يحصل عنده من الابتداء ظواهر خمود وكوما وحالة سبات وحيث انه بفعل الصفات التشريحية فى الدماغ لا توجد تغيرات مادية فيه توجه بها هذه الظواهر فمن القريب للعقل نسبتها الى تسمم الدم غير اننا لا نعرف الجواهر التى بها يحصل هذا التسمم الا اننا نقول انه من الاكيد كون هذا التسمم ليس ناتجا عن امتصاص عناصر الصفراء ولذا نرفض تسمية ماذكر بالتسمم الصفراوى

ووجود كمية عظيمة جدا من المواد الملونة للصفراء ومن الاملاح البولية عند الاشخاص المصابين بسيروز الكبد ينسب لفقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية ولضعف وظائف الكبد او تنوعها ولا نعلم التغيرات الحاصلة فى التبادل العنصرى الناتج عنها هذا التغير المذكور فى البول معرفة تامة وانما الذى نستنتجه من حيث ان المواد الملونة للبول آتية من المادة الملونة للصفراء والمادة الملونة للصفراء آتية من المادة الملونة للدم فلا بد وانه عند حصول استحالات مرضية ممتدة فى الكبد به الاتم استحالة المادة الملونة للدم الى المادة الملونة للصفراء بكيفية طبيعية يحصل كذلك تغير فى تكون المادة الملونة للبول الناتج عنه التغيرات السابق ذكرها

(العلامات الطبيعية للالتهاب الكبدى الخلوى)

يستدل بكل من الجس والقرع فى الدور الاول لهذا المرض على تزايد حجم الكبد ومقاومته تزايدا عظيما واما فى الدور الثانى لهذا المرض فمن النادر عدم العثور على الكبد بالجس كما يذكر فى الغالب وفى حالة ما اذا أمكن

العثور عليه عند اضطجاع المريض على جنبه الايسر وتبعيد السائل المتجمع في البطن من الكبد توجد حافته هذا العضو كثير مقاومة عما في الدور الاول وزيادة على ذلك يحس على سطحه بوجود ارتفاعات صلبة مستديرة مختلفة العظم وبالقرع قد يستدل على تزايد في اصمية الكبد في الدور الثاني متى كان الاستسقاء الزقي ليس عظيما جدا وفي أحوال أخرى قد يستدل به على تناقص اصمية هذا العضو (وهذه الاحوال الاخيرة ليست كثيرة جدا تبعا لمشاهدتنا) وحينئذ ينبغي التدقيق عند الحكم زيادة عما يكون عند ازدياد اصمية هذا العضو عن الحالة الطبيعية فان كلا من اقطار الكبد واصميته يختلف اختلافا عظيما في الحدود الصحية كما دلت على ذلك القياسات العديدة التي فعلها المعلم (فريركس) وزيادة على ذلك يمكن ان وضع الكبد غير الطبيعي الذي يحصل في كل تمدد عظيم في البطن يحدث ملامسة الكبد بحافته الحادة للجدر المقدمة من البطن والصدر وبالجملة يمكن ان الامعاء المتمددة بالغازات تدخل بين الكبد وجدر البطن فتتناقص اصمية هذا العضو او تزول بالكلية ومتى اعتبرت جميع هذه الامور كان تناقص حجم الكبد علامة مهمة في تشخيص سير وزهذا العضو وحيث ان الفص اليساري هو الذي يتناقص ابتداء فأول ما يدرك صوت القرع الممتلئ غير الطبيعي في القسم الشراسيفي ثم يتناقص فيما بعد اصمية الكبد أعلى الفص الايمن من هذا العضو تناقصا عظيما بحيث ينقص امتدادها في الخط الثديي من قيراطين الى واحد وأهم علامة يرتكن اليها في تشخيص هذا المرض هو التناقص التدريجي للكبد بعد ان كان منتفخا عظيما تناقصا يثبت بالبحث المتكرر

وبعد ان ذكرنا اعراض الالتهاب الكبدي الخاوي كلا على حدته وارتباطها ببعضها الزمنا ان نضيف لذلك شرح هذا المرض مختصرا فنقول ان من يصاب بهذا المرض غالبا الاشخاص المتوسطو السن أو المتقدمون فيه الذين يكادون ان يكونوا منهمكين في تعاطي المشروبات الروحية وابتداء هذا المرض يصطحب باعراض واهية خفية فتشتكي المرضى بضغط وامتلاء في المراق الايمن ويندر شكايتها بآلام شديدة في قسم الكبد وذلك عندما يكون الغلاف

المصلى لهـذا العضو مشاركاله فى الاصابة وملتهبا التهاباشـديدا والظواهر
الواضحة بهـذا المرض فى دوره الاول هى ازدياد حجم الكبـد وسوء الهضم
والامتـلاء الغازى للبطن والنحافة العامة ثم فيمابعـد ينتفخ البطن بتراكم
سائل مصلى فى تجويفه بدون انتفاخ اوذيماوى فى الاطراف ثم يصفر لون الجلد
مع الوساخة ويصير البول احمرداكنا محتويا على كثير من الاملاح البوليـة
والمواد البرازية تصـير طفلـية اللون مبيضـة وتزداداعراض سوء الهضم
وتتقدم النحافة تقدما عظيما وفى هذا الدور يتناقص حجم الكبد وأما الطحال
فيكاديزداد حجـمه على الدوام وعنـد بعض المرضى يشاهد ظهورا زرقة من
القناة المعوية خصوصا عقـد اباسورية ثم ان الاستسقاء الزقى يزيد فى عسر
التنفس ويحصـل ارتشاح اوذيماوى فى الاطراف وأعضاء التناسـل وجدر
البطن ثم تهلك المرضى بعدجملة اشهراوسنين فى حالة نحافة عظيمة وكثيرا
مايظهر عندهم فى الايام الاخيرة هذيان وظواهر عصبية خدرية

(التشخيص)

سيروزالكبد لايسهل اختلاطه بغيره من امراض هذا العضو التى سبق
شرحها

وأماتمييزه عن سرطان البريتون اودرنه فعسر لانه فى كلتاهاتين الاستحالتين
المرضيتين يظهراستسقاءزقى غالبا كما يحصل فى سيروزالكبدبدون ان يسبقه
ظواهر استسقائية أخرى وسرطان البريتون ودرنه يحصـل فيهما كذلك
نحافة عظيمـة بسرعة وسوء قنية وحيث ان موادالورم فى المرضين يمكن ان
تضغط بسرعة على القنوات الصفراوية فقـد يصطحبان باليرقان فلاجـل
التشخيص التمييزى بين سيروزالكبد والاستحالتين المذكورتين للبريتون
تعتبر الامورالآتية وهى

انه مما يدل فى كل حالة راهنـة على ان الاستسقاء الزقى وباقى الاعراض التى
توجـد فى كل من الحالتين السابقتين متعلقة بسيروزالكبدهو أولا انتفاخ
الطحال لماذكرنا ان ذلك من الاعراض اللازمة لسـيروزالكبد بخـلاف
الاستحالة السرطانية والدرنية للبريتون فان الطحال لايكاد يشترك فيهامطلقا
كمالاينتج عنها انتفاخ هـذا العضو من شكل آخر ثانيا البول المركز الكثير

المواد الملونة والاملاح البولية فانه هذا العرض لا يكاد يفقد مطلقا فى سيروز الكبد واما بول المصابين بسرطان البريتون اودرنه فبعكس ذلك فانه يكون صافيا مائيا كبول أصحاب الدم المائع المائى ومتى انضمت الحمى الى الاستحالة المرضية للبريتون اوازداد الضغط الواقع على الكليتين والاوعية الكلوية بسبب ازدياد السائل المتجمع فى البطن فمن الجائز أن يصير البول قليل الكمية ويكتسب درجة تركز لكن الغالب ان تفقد الرواسب المذكورة سابقا ولون البول لا يصير كذلك كثير الدكنة كما يشاهد فى المصابين بالسيروز ثالثا يتحقق الطبيب من أن المريض كان مدمنا على المشروبات الروحية فان هذا المرض فى غالب الاحوال ينتج عن ذلك وليس لما ذكر ادنى تأثير فى احداث الاستحالة السرطانية اوالدرنية للبريتون

وأما العلامات التى غالبا يستدل بها على الاستحالة المرضية للبريتون لا على سيروز الكبد فهى اولا زيادة الحساسية الممتدة فى البطن عند الضغط ثانيا سرعة ظهور الاستسقاء الزقى ثالثا سرعة فقد قوى المريض رابعا وجود سرطان اودرن فى أعضاء أخرى خامسا وجود اورام يحس بها فى البطن غالبا سيما بعد بزله سادسا وجود مواد لمفية او تعقدات لمفية فى السائل المستفرغ بالبزل ثم ان لون السحنة الواصف للسرطان المهم جدا فى تشخيص هذا المرض وتمييزه عن غيره من الامراض لا يكفى فى تمييز سرطان البريتون عن سيروز الكبد فانه فى الاخير يكون لون السحنة مصفرا وسخا كالمصابين بالسرطان

(المعالجة)

متى أمكن معرفة الالتهاب الكبدى الخلوى فى دوره الاول وذلك نادر أو ظن بوجوده يجب الاهتمام الكلى فى منع تقدم هذا المرض بان ينهى المريض عن تعاطى المشروبات الروحية مع استعمال المعالجة التى ذكرناها فى الاحتقان الكبدى سيما وضع العلق مع التكرار حول السفرة وتعاطى المسهلات الملحية الخفيفة والاجود استعمالها على شكل المياه المعدنية الطبيعية او الصناعية كماء كرلس باد وماريه باد وتاراسب وغير ذلك لسهولة تحملها على هذا الشكل بدون اضافة حمض الكربون والقلويات الكربونية اليها

وعند اضطراب التغذية العامة يفضل استعمال المياه المعدنية المحتوية على قليل من المركبات الحديدية كماء ايجر وفرنس برون وكيسنجر وراجودسى وبنابيع همبرغ * وفى الدور الثانى ولو فى ابتدائه لا يتعشم فى ايقاف هذا المرض فانه كما يشاهد ان المنسوج الخلوى الجديد التكوين الذى حل محل فقد جوهر فى الجلد ينكمش بالتدريج حتى تتكون أثرة التحام صلبة كذلك ينكمش المنسوج الخلوى الجديد التكوين فى الكبد انكماشا مستمرا حتى تظهر الظواهر المرضية السابقة وحينئذ فلا يمكن بالكلية الشفاء التام لان المنسوج الندبى لا يمكن تمدده ثانيا فمعالجة سيروز الكبد حينئذ لا تكون الا عرضية ومن الظواهر المرضية الناتجة عن الاحتقانات الاحتباسية النزلات المعدية المعوية فتحتاج الى التفات خاص فانها تسرع فى نحافة المرضى ونهوكتها واجود شئ يعطى للمريض لاجل مقاومة هذا الشكل من الالتهابات النزلية المذكورة هى كما ذكرناه فيما تقدم القلويات الكربونية فانها بملامستها المواد المخاطية تقال لزوجتها وبهذه المثابة يسهل تخليص الغشاء المخاطى المعدى المعوى من هذه الطبقة المخاطية اللزجة المتعلقة به وكذا تعالج الانزفة المعدية المعوية والبواسير على حسب القواعد المبينة فيما تقدم ولو قل العشم بالنجاح وأما الاستسقاء الزقى فينبغى فيه التمسك بالقاعدة العامة وهى عدم البزل الا عند الاضطرار جدا فان من اوصاف هذا الاستسقاء الناتج عن احتباس الدم فى المجموع الوريدى الباب الرئيسة عوده بسرعة كبيرة جدا متى انعدم ضغط السائل المانع لارتشاح جديد فاذا اضطر الطبيب لبزل البطن ينبغى الاجتهاد الكلى فى ابطاء تجدد الاستسقاء المذكور بالضغط على البطن بملاءة مثلا توضع وضعا لائقا وفى هذا الشكل لا يثمر استعمال المدرات فضلا عن كونه غير صائب ولا متعقل واهم شئ فى معالجة سيروز الكبد الاجتهاد فى تحسين قوى المريض وتغذيته فتعطى له الاغذية المقوية اذا سمحت اعضاء الهضم بذلك مع المركبات الحديدية التى كثيرا ما تحملها المرضى بمقدار عظيم حيث انها تحدث تأثيرا حميدا واضحا وقد شاهدت عند مريض مصاب بهذا السيروز وقد هلك فيما بعد بنوبة نزيف معدى غزير تناقصا متكررا فى السائل المتجمع فى البطن عقب استعمال

المركبات الحديدية استعمال الامتكرر امع تدبير غذائي باللبن والبيض وكان تجمع هذا السائل قد تزايد في كل مرة عقب خروج المريض من البيمارستان واتباعه لتدبير غذائي ردىء او تكرر حصول القيء

(المبحث الرابع)

(في الالتهاب الكبدي الزهري)

(ويعرف تبعا للمعلم وجنيز بورم الكبد الزهري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الظاهر ان الكبد اكثر الاحشاء اصابة عقب الداء الزهري البنيي وعلى كل فالالتهاب الكبدي الزهري هو أول ماعرف من الاصابات الزهرية للاحشاء الباطنية معرفة جيدة

والاصابة الزهرية للكبد لا تندر ان ترى في جثة الاطفال الوارثين لهذا الداء ويتأخر حصول هذا المرض متى كان من جملة الاضطرابات الغذائية التي تعقب عدوى الداء الزهري العارضي بحيث لا يعد مطلقا من الاصابات الزهرية الثانوية بل يعد دائما من جملة اشكال الداء الزهري الثلاثي

(الصفات التشريحية)

ثم ان المعلم (وجنير) وان استنتج بالبحث بالمكرسكوب مع التكرار عن الاعضاء المصابة اصابة زهرية أن هذه الاصابة في الاعضاء الباطنة التي تظهر على شكل بورات محدودة (وهي الاورام الصمغية للمعلم ورجوف) وكذا الاستحالة الزهرية المنتشرة في هذه الاعضاء عبارة عن تكون تولد جديد نوعي وهو السيفلوم الا ان الهيئة الظاهرة للكبد الذي تتكون فيه تغيرات جوهرية عقب الداء الزهري البنيي تختلف كثيرا باختلاف الاحوال بحيث يسوغ تمييز أشكال مختلفة من الالتهاب الكبدي الزهري ويمكن ان يميز لهذا الالتهاب نوع دائري أي غلافي والتهاب كبدي خلالي بسيط اى التهاب يؤدي لتيبس منتشر في هذا العضو ونوع ثالث وهو الصمغي وهذا الشكل الذي اثبت طبيعته الزهرية من منذ زمن طويل المعلم (تدريك) هو الاسهل في التمييز عن باقي أشكال هذا المرض فيوجد فيه بباطن جوهر الكبد بورات في حجم الدخن او البندق او الجوزذات هيئة نخاعية في الاحوال الحديثة وبعد

مكثه ازمنا طويلا تصير على هيئة مواد صفراء جبنية وهذه البورات التى
كانت تعتبر قبل المعلم (تدريك) تولدات سرطانية آخذة فى الشفاء لمشابهتها
لها مشابهة تامة تكون محاطة بجوهر ندبى وتمتد منها استطالات خلوية ندبية
نحو اتجاهات مختلفة حتى تصل الى السطح الظاهر من الكبد ويشاهد على
هذا السطح ميازيب تكسب الكبد هيئة فصيصية وهذه الميازيب تنشأ
عن تلاشى الجوهر الكبدى فى بعض الاصفار واستعاضته بمنسوج خلوى
ضام منكمش ويوجد فى التيبس الزهرى المنتشر فى الكبد اجزاء عظيمة من
العضو المريض مستحيلة الى منسوج مندمج ندبى والجوهر الغددى يتلاشى
معظمه ويحل محله الجوهر الندبى والذى يمنع التباس التيبس الزهرى المنتشر
فى الكبد بسيروز هذا العضو وجود البورات المذكورة مع التغير المذكور
وهيئة سطح الشق المتجانسة المستوية وفقد التحببات التى لاتكاد تفقد
فى سيروز الكبد والالتهاب الكبدى الزهرى الدائرى فضلا عن كونه
يضاعف التغيرات المرضية فى جوهر هذا العضو السابقة يتصف بعظم تكاثف
الغلاف المصلى للكبد زيادة عن غيره من اشكال الالتهاب الدائرى وبكونه
يا يساندييا

(الاعراض والسير)

لايمكن معرفة الالتهاب الكبدى الزهرى مدة الحياة بل ولا توهمه فى احوال
عديدة وربما امكن تشخيصه من شكل تمدد الكبد المخصوص ووجود
بروزات وميازيب على السطح الظاهرى من هذا العضو مع وجود علامات
أخرى من الداء الزهرى البنيى وقد تيسر لى الحكم تقريبا بوجود هذا المرض
فى امرأة شاهدتها فى جراسوالد كانت تشتكى بظواهر التهاب بريتونى
مزمن قبل اعترافها بكونها اصيبت بالداء الزهرى وقبل ان يتضح من البحث
عن الحلق وجود تشوه عظيم فى قوائم اللهاة ولما هلكت استبان لى من
الصفات التشريحية صحة التشخيص وقد أشرت فى الطبعات السابقة لهذا
الكتاب انه من القريب للعقل حصول صورة مرضية تشابه سيروز الكبد
عند امتداد التغير المرضى وانضغاط فروع الوريد الباب والمسالك الصفراوية
وكنت أضفت لذلك ان الاحوال المعلومة الى وقتنا هذا شوهد فيها استسقاء

زقي خفيف مرة واحدة مجردة عن اليرقان لكن تيسر لي فيما بعد مشاهدة حالة اثبتت لي ما كنت أتوهمه وهو ان مريضا بعد دخوله الاكلينك انكر اصابته بالداء الزهري وكان معه يرقان واستسقاء زقي عظيم استدعى البزل مرارا وكان بوله ذا لون داكن وكثير المواد الملونة وحجم كبده عظيما وفي سطحه الظاهر يحس ببروزات مستديرة واضحة ولم يتأكد تشخيص هذا المرض باصابته بسرطان في الكبد مع انسداد غير تام في الوريد الباب بواسطة الصفات التشريحية فان الكبد كان منقسما الى فصيصات وغلافه في بعض المحال ثخينا وجوهره متيبسا تيبسا منتشرا في امتداد عظيم وفي باطن الفص الايمن من الكبد قد وجدت اورام صمغية نحو الثلاث او الاربع ذات هيئة نخاعية

(المعالجة)

لا يمكن التكلم على معالجة الالتهاب الكبدي الزهري فانه ولو في الاحوال التي يمكن فيها تشخيصه مدة الحياة لا يتيسر ذلك الا في انتهاء سيره وحيث لم يمكن ازالة المنسوج الخلوي المندمج وتحليله بواسطة الاستحضارات اليودية والزئبقية يقتصر على المعالجة العرضية فقط

(المبحث الخامس)

(في الالتهاب الوريدي الباب)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الالتهاب يطلق على الاحوال المرضية التي فيها يؤدي التهاب جدر الوريد الباب الى تعقدات دموية في هذا الوريد كما يطلق على الاحوال المرضية التي فيها انعقاد متحصل هذا الوريد لا يكون متعلقا بحالة التهابية في جدره

والشكل الاول وهو الالتهاب الوريدي الاولى اندر من الثاني واسبابه المتممة له اما اصابة الوريد نفسه إصابة جرحية او التهابات الاعضاء المجاورة له الممتدة الى جدره

وأما الشكل الثاني وهو الالتهاب الوريدي البوابي التابعي المعروف الآن بسدد الوريد الباب الذاتية فلا يمكن نسبته الى أسباب مدركة واضحة دائما وقد ينتج اما عن انضغاط جذع الوريد الباب بعقد لينفاوية

متجبنة أو متسرطنة او باورام أخرى او بواسطة البريتون المتكاثف المنكمش انكماشا ندبيا واما ان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب كما يكون فى سيروز الكبد فان انضغاط هذه الفروع الوريدية ينتج عنه بطء فى سير التيار الدموى بحيث يتكون تعقدات دموية فى جذع الوريد الباب أو تفرعاته واما ان تنشأ سدد الوريد المذكورة عن ازدياد وامتداد تدريجيين فى السدد الذاتية او الاصلية التى تكونت فى أحد جذوع هذا الوريد وهذا بحسب الظاهر هو الغالب الا ترى انه فى أحوال السدد الذاتية لاحد الاوردة الفخذية لا يتكون فقط تعقدات دموية فى أوردة الطرف المريض بل كثيرا ما تمتد هذه السدد الى أعلى نحو الاجوف السفلى بل والى الاوردة الكلوية وفى مثل هذه الاحوال تكون سدد الوريد الباب وتفرعاته اولية ولو كانت التعقدات الدموية الابتدائية متكونة فى أحد جذوع هذا الوريد عقب التهاب جدره وبهذه الكيفية توجه بسهولة سدد الوريد الباب المذكورة التى تحصل عند وجود تقرحات او خشكريشات فى أعضاء البطن او عقب التهاب الوريد السرى عند المولودين جديدا او عقب خراجات الطحال او قروح المعدة او وجود عقد باسورية ملتهبة او متقيحة او ما ماثل ذلك من التغيرات المرضية وهل وصول السدد السيارة الى الكبد من بورات متقرحة يمكن ان تؤدى الى حصول تعقدات محدودة فى الوريد الباب أبتداء ثم منتشرة فيه ممكن اولا أمر مشكوك فيه

(الصفات التشريحية)

انعقاد متحصل الوريد هو الظاهرة اللازمة فى الدور الاول من الالتهاب الوريدى البوابى فى كلا شكليه ومن المهم معرفة ذلك حتى لا يتوهم ان الالتهاب الوريدى التقيحى يبتدئ بتكوين صديد فى الوريد والتعقدات الدموية تلتصق التصاقا متينا بجدر الوريد فتصير الجدر كثيفة مرتشحة عادة مصابة من الابتداء فى الالتهاب الوريدى الاولى و يظهر فى الطبقة الباطنة تكدر واحتقان شعرى فى الطبقة الظاهرة وعند وجود السدد تبقى جدر الاوعية فى الابتداء على حالتها الطبيعية ثم تتغير بعد بكيفية كالسابقة وانعقاد متحصل الوريد الباب قد يقتصر على بعض تفرعاته وربما امتد الى

جذع هذا الوريد وجذره وباقي تفرعاته
وانتهاء الالتهاب الوريدي يختلف وعلى حسب ذلك ينقسم الى شكلين التصاقي وتقيحي

ففي الاول يحصل تكون خلوى التهابي في جدر الوريد عند انكماش السدد بالتدريج ومكابدتها الاستحالة الشحمية وامتصاصها كلاً او بعضا وذلك ينتهي بانسداد الوريد بدون اتباع سير هذا التغير في جميع ادواره غير انه بالبحث عن الكبد الذي كان مجلسا الالتهاب وريدى التصاقي نجد في بعض محال من سطحه انبعاجات ندبية ويوجد في سطحه الباطن في المحال الموازية لهذه الانبعاجات الندبية منسوج خلوى صلب توجد فيه التفرعات المنسدة من الوريد الباب وقد يكون في هذه التفرعات المنسدة سدد دموية مكابدة للاستحالات الشحمية متلونة باللون الاصفر كثيرا او قليلا بسبب وجود المادة الملونة للدم فيها

واما في الشكل التقيحي فالسدد الذاتية بدلا عن انكماشها تنحل وتستحيل الى سائل تقيحي يشتمل معظمه على بقايا حبيبية رقيقة وقليل من الخلايا المستديرة التي يمكن ان تكون كرات دموية فاقدة اللون حافظة للشكل اوكرات صديدية جديدة التكوين ويمكن ان تتلاشى السدة في جميع امتدادها وكثيرا ما يوجد في جذع الوريد تعقدات دموية صلبة واما تفرعاته وجذوعه فيوجد فيها سائل قيحي وكثيرا ما لا تحصل هذه الاستحالة الصديدية في التفرعات الدقيقة جدا للوريد الباب فالتعقدات الدموية المتكونة فيها تبقى على حالها بدون تغير وهذا هو السبب في ان المواد الصديدية المنفصلة لا تصل للوريد الكبدى ولا للدورة الصغيرة وبذلك يوجه بسهولة عدم حصول التغيرات الانتقالية التابعية للرئتين بكثرة في هذا الالتهاب الذى كان ينبغى حصولها فيه ان لم تكن التفرعات الانتهائية للوريد الباب منسدة وكما أنه لا يندر في الالتهابات الوريدية الدائرية السطحية امتداد الالتهاب من الطبقة الغمدية الى المنسوجات المجاورة واحداث التقيح والخراج فيها فكذلك ينضم للالتهاب الوريدي الباب التقيحي التهاب كبدى جوهرى ينتهي بتكون الخراج في هذا العضو فحينئذ توجد بورات ممتلئة بمواد

صديدية محيطة بالوريد الباب وكثيرا ما تكون مستطرقة به

(الاعراض والسير)

متى كان الالتهاب الوريدى الباب الالتصاقى قاصرا على بعض تفرعات هذا الوريد جاز أن يسير هذا المرض مدة الحياة بدون ان تظهر عنه اعراض واضحة فان الفروع البوابية الغير المنسدة تكون كافية لتوصيل الدم من أعضاء البطن الى الوريد الكبدى واما اذا كان جذع الوريد الباب هو المنسد او جميع تفرعاته او اغلبها نتج عن ذلك حالة مرضية تشابه سيروز الكبد مشابهة عظيمة جدا فان عوق استفراغ الدم من جذور الوريد الباب التى تحصل فى كلتا هاتين الحالتين المرضيتين يؤدى لحصول التهابات نزلية فى الغشاء المخاطى المعدى والمعوى وانزفة منهما والى تكون عقد باسورية وتزايد فى حجم الطحال واستسقاء زقى وانضغاط المسالك الصفراوية فى الالتهاب الوريدى الالتصاقى ينتج عنه احتباس صفراوى ويرقان أكثر مما فى سيروز الكبد فانه فى المرض الاول يبقى جزء عظيم من الخلايا الكبدية سليما مجهزا للصفراء واستمرار افراز الصفراء مع حصول اليرقان فى الالتهاب الوريدى يثبت ان كلا من الوريد الباب والشريان الكبدى يوصل الى الخلايا الكبدية دما كافيا لتجهيز الصفراء وسير هذا المرض مزمن وشفاؤه غير ممكن الا انه يمضى عدة اشهر قبل ان يطرأ الموت باعراض مماثلة لاعراض سيروز الكبد ويتضح مما ذكر أن هذا المرض لا يعرف ويميز عن سيروز الكبد الا من الاستدلال الواضح من السوابق المرضية فان ثبت ان المريض ليس من المنهمكين على المشروبات الروحية وسبق مجموع ظواهر هذا المرض التهابات وتقيحات مزمنة فى الاحشاء البطنية ترجح القول بوجود التهابات وريدية التصاقية لا سيروز الكبد

واما الالتهاب الوريدى التقيحى فلا يمكن معرفته مدة الحياة الا فى أحوال قليلة جدا واعراضه هى ألم فى قسم الكبد وانتفاخ فيه وازدياد حساسيته عند الضغط والقشعريرات المتكررة فى أزمنة منتظمة والحمى الشديدة واليرقان الذى يكاد يوجد على الدوام ومتى انضمت هذه الظواهر لالتهاب او تقيح فى الاحشاء البطنية دل هذا على حصول التهاب حاد فى الكبد لكن لا يعلم

ان كان هذا الالتهاب فى جوهر الكبد او فى الوريد الباب والذى يرجح القول بالتهاب الوريد الباب هى علامات انسداد الوريد التى تنضم الى الاعراض السابق ذكرها أعنى متى حصل انتفاخ فى الطحال واستسقاء زقى خفيف وظواهر النزلات المعدية والمعوية فقد استدل من هذه الاعراض المعلم (شونلين) على تشخيص هذا المرض مدة الحياة

(المعالجة)

يقال فى معالجة الالتهاب الالتصاقى جميع ماذكر فى معالجة سيروز الكبد وأما معالجة الالتهاب التقيحى فتؤخذ من معالجة الالتهاب الكبدى الجوهرى

(المبحث السادس)

(فى الاستحالة الشحمية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

يميز للاستحالة الشحمية للكبد شكلان ففى الشكل الاول تتراكم المواد الشحمية المتزايدة جدا فى دم الوريد الباب فى الخلايا الكبدية وفى الشكل الثانى تكابد نفس الخلايا الكبدية بسبب اضطراب تغذيتها بتغيرات مرضية فى جوهر الكبد استحالة مرضية ينتج عنها ظهور كرات شحمية كما يحصل ذلك فى غير أخلية الكبد من الاعضاء متى كابدت الاستحالة الشحمية وهذا الشكل الاخير من الاستحالة الشحمية ظاهرة مرضية لجملة تغيرات عضوية فى الكبد كما ذكرنا ذلك فى الكلام على سيروز الكبد وسنذكرها مرارا فيما سيأتى وانما نتكلم هنا على الشكل الاول من الاستحالة الشحمية للكبد التى سماها (فريركس) بالارتشاح الشحمى للكبد فنقول

الامور التى تنشأ عنها الاستحالة الشحمية للكبد يظهر أنها مخالفة لبعضها بالكلية عند البحث السطحى فانا نرى من جهة ظهور هذه الاستحالة عند ما يوجد ازدياد غزير فى تكوين الشحم فى الجسم بتمامه أعنى متى كانت عناصر التغذية تزيد عما يفقد منها بحركة التحليل ومن جهة أخرى تحصل هذه الاستحالة عند حصول نهوكة شديدة فى الجسم ومع ذلك فهذا الاختلاف ليس الا ظاهريا فان كل واحد من هذين الامرين مماثل للآخر فى تزايد كمية

المواد الشحمية فى الدم غير انه فى الحالة الاولى يأتى من الظاهر مواد شحمية
او غذائيـة منها يتولد الشحم فى باطن الجسم وفى الحالة الثانية يمتص الشحم
الموجود فى المنسوج الخلاوى تحت الجلد وفى غيره من الاعضاء المحتوية على
مواد شحمية ويصل الى الدم ومتى تأملنا الكيفية حصول الاستحالة الشحمية
للكبد فى الحالة الاولى نجد أن الاشخاص المعرضين لاكتساب هذا المرض
بسهولة هم المفرطون فى المآكل والمشارب ولا يرتاضون الاقليلا فالمؤثرات
التى يكابدها هؤلاء الاشخاص المستمرون على نوع هذه المعيشة تشابه
الاحوال التى توضع فيها الحيوانات بقصد تسمينها وامتلائها بالشحم فانه من
المعلوم أن مثل هؤلاء الحيوانات لا تتعرض للشغل بل تحبس فى اصطبلاتها
ويعطى لها مقدار عظيم جدا من الجواهر الكرلونية الادراتية وكان بعض
الحيوانات تسمن وتمتلئ بالشحم بسرعة عظيمة والبعض الآخر لا يحصل له
ذلك الا ببطء عظيم فكذلك الاشخاص الذين يعيشون بهذه الكيفية بعضهم
يحصل عنده سمن مفرط واستحالة شحمية فى الكبد بسرعة وآخرون مع
ذلك يبقون نحفاء البنية ويبقى الكبد على حالته الصحية وأسباب هذا
الاستعداد الشخصى الذى يكون احيانا وراثيا فى بعض العائلات وكذا
أسباب الصيانة عن حصول السمن والحالة الشحمية للكبد عند اشخاص
اخر مجهولة لنا الى الآن وقد تكون ناتجة عن سهولة او صعوبة تماثل
الاغذية كما انها قد تنتج عن بطء او سرعة التبادل العنصرى الغذائى ومتى
كان الاستعداد واضحا حصل هذا المرض بسهولة عظيمة مهما كان
اختلاف نوع الاغذية مادامت تؤخذ بكمية أكثر مما يلزم لاجل تعويض
الفقد العضوى واما اذا كان الاستعداد ضعيفا فلا يحصل هذا المرض
الا عقب تعاطى مقدار عظيم جدا من المواد الشحمية او من الكربونات
الايدراتية خصوصا المشروبات الروحيـة ويظهر أن هذه السوائل الاخيرة
تؤثر بتوسطها فى حركة التغذية ولو أن هذا التوجيه غير ثابت ثبوتا كافيا ثم
ان مشاهدة الاستحالة الشحمية للكبد عند المصابين بالدرن الرئوى معلومة
من منذ زمن طويل وقد وجهت هذه الظواهر والارتباط بين هذين المرضين
بعوق التنفس الذى ينتج عنه كما قيل تأكسد غير تام فى الكربونات الايدراتية

بسهولة استحالتها بسبب ذلك الى مواد شحمية لكن حيث كان من النادر حصول الاستحالة الشحمية للكبد فى أمراض رئوية غير هذا المرض ينتج عنها كذلك عائق فى التنفس ومن جهة أخرى حيث ان الدرن العظمى والمعوى والاستحالات السرطانية وغيرها من الامراض التى ينتج عنها نحافة عظيمة كثيرا ماتؤدى لحصول هذا المرض فلا يمكن اعتبار عوق التنفس سببا وحيد الظهور الاستحالة الشحمية للكبد فى الدرن الرئوى وانضم الى رأى المعلم (لرى) القائل أولا بان الارتشاح الشحمى للكبد فى مثل هذه الاحوال مما ينتج عن انشحان الدم بالمواد الدهنية الناتجة عن النهوكة العظيمة وامتصاص العناصر الشحمية لباقى الاعضاء كل من المعلم (فريركس وبود) ويظهر أن تعاطى زيت كبد الحوت الذى يعطى بكثرة فى هذا العصر لاغلب المصابين بالدرن الرئوى ليس خاليا عن التأثير فى تقدم الارتشاح الشحمى للكبد عند وجوده

(الصفات التشريحية)

الارتشاح الشحمى الخفيف لايغير حجم الكبد ولا شكله فلا يمكن معرفته الا بالبحث المكروسكوبى واما الارتشاح العظيم ففيه يزداد حجم الكبد ويصير مفرطحا اذ احافاته أكثر ثخنا واستدارة وازدياد حجم هذا العضو قد يكون قليلا فى بعض الاحوال وعظيما جدا فى أحوال أخرى والغلاف البريتونى للكبد المكابد للاستحالة الشحمية يكون لماعا شفافا املس وقد يشاهد فيه بعض أوعية دوالية ولون سطحه يكون اما أصفر محمرا أو أصفر فقط بحسب درجة الارتشاح الشحمى وكثيرا ما يكون اللون الاصفر متقطعا بلطخ محمرة مقابلة لمحيط الاوردة المركزية وقوام الكبد يكون متناقصا بحيث يشبه العجينة ويحفظ ضغط الاصبع على شكل انبعاج وعند دشقه يوجد قليل المقاومة واذا احمى حد المشرط تغطت صفحتاه عند الشق به بطبقة دهنية وسطح الشق الذى لايخرج منه الاقليل جدا من الدم يكون ذا لون أصفر محمر أو مصفر وتشاهد فيه اللطخ المحمرة التى سبق ذكرها

وعند البحث بالمكروسكوب ترى الخلايا الكبدية متزايدة فى الحجم ومستديرة قليلا وممتلئة بنقط شحمية صغيرة او عظيمة عند اجتماع النقط الشحمية

بعضها او يكون كل خلية بتمامها مشغولا بنقطة شحمية عظيمة والارتشاح الشحمى يبتدئ على الدوام بدائرة الفصيصات الكبدية أعنى بجوار الاوردة التى بين الفصيصات وهى التفرعات الانتهائية للوريد الباب وفى بعض أحوال نادرة قد تمتد الاستحالة الشحمية الى دائرة الاوردة المركزية (وهذه الاوعية الاخيرة هى التى ينتج عن بقاء انفتاحها اللطخ المحمرة الموشح بها السطح الاصفر للكبد) بل وحينئذ تكون الخلايا الكبدية المركزية أقل احتواء على الشحم من الخلايا الكبدية الموجودة فى الدائرة والبحث الكيماوى عن جوهر الكبد يدلنا أيضا على وجود كمية عظيمة جدا من الشحم فقد وجد (ووكلين) فى كبد متقدم فيه الارتشاح الشحمى ٤٥ جزأ من الشحم على ١٠٠ ووجد (فريركس) ٤٣ على ١٠٠ بل أزيد من ذلك والشحم يشتمل على الاولايين والمرجارين بمقادير مختلفة ومقدار قليل من الكولسترين

وهذا النوع من الاستحالة الشحمية للكبد التى سميت بالاستحالة الشمعية للكبد تبعا (لروكتنسكى) و (هوم) وهذه الحالة هى عبارة عن استحالة شحمية فى جوهر الكبد وانما يشاهد بجفاف فيه بالشمع ولمعان مخصوص شديد الصفرة

(الاعراض والسير)

الاعراض المحسوسة للمريض تفقد فى معظم أحوال الاستحالة الشحمية للكبد وكذا الاعراض المدركة للطبيب لا تتضح الا عند تقدم هذا المرض تقدما عظيما وينبغى البحث عن كبد الاشخاص ذوى السمن العظيم والمصابين بالدرن الرئوى زمنا قرمنا ولو لم يشتك هؤلاء الاشخاص بتألم فى هذا العضو فمتى وجد عندهم ازدياد فى حجم الكبد الذى تسهل معرفته بسبب استطالته وغلظ حافاته التى تسقط الى أسفل عقب استرخائه وهو وكان غير متألم ذا سطح أملس ومقاومة قليلة بحيث لا يمكن الاحساس بالحافة السفلى دل مجموع هذه الاعراض على تشخيص الاستحالة الشحمية للكبد لكثرة مصاحبتها للحالتين المذكورتين

ومتى وصل الكبد الذى اعترته الاستحالة الشحمية الى نمو عظيم جدا كا

يشاهد ذلك عند الاشخاص المفرطين فى المآكل والمشارب أمكن ان ينتج عن ذلك احساس بامتلاء فى المراق الايمن كما يحصل ذلك عن نمو الكبد العظيم مهما كانت طبيعته وان زادت كمية المواد الشحمية فى جدر البطن والثرب والمساريقا أيضا امكن ان ينتج عن امتلاء البطن وتوتر جدره عوق فى حركات الحجاب الحاجز وعسر فى التنفس ويشاهد عند مثل هؤلاء الاشخاص ازدياد فى افراز الغدد الدهنية بحيث يصير الجلد لماعا ومتى حصل عندهم عرق فانه يسيل من الجلد الشحمى نقط لؤلؤية عظيمة وهذه الصفة الناتجة عن نفس السبب الذى أحدث الاستحالة الشحمية للكبد كثيرا ما اعتبرت عرضا لهذا المرض

ثم ان الكبد الشحمى لا ينتج عنه مكابدات عظيمة والصفراء توجد فى جثة الاشخاص بكميتها وتركيبها الصحيين غالبا او يسهل حقن اوعيته ولا توجد احتقانات فى الاحشاء البطنية غالبا ومن ذلك ينتج القول بان الارتشاح الشحمى للكبد لا ينتج عنه اضطراب فى وظائف هذا العضو ولا تأثير مضر فى الدورة ومع ذلك فهذا القول ليس له أساس الا فى الاحوال الخفيفة الدرجة من الاستحالة الشحمية او المتوسطة واما متى تقدم هذا الداء تقدما عظيما فالغالب ان لا يوجد الا بعد الموت قليل من الصفراء فى المسالك الصفراوية وتكون المواد الثفلية قليلة التلون وكل من ضعف البنية لهؤلاء الاشخاص مدة الحياة وعدم تحملهم للاستفراغات الدموية يدل على اضطراب وظائف الكبد كما ان (فريركس) يستنتج من وجود التمددات الدوالية الكائنة على محفظة الكبد ان انضغاط الاوعية الدموية ينشأ عنه احتقان احتباسى خفيف امام الكبد ولا يحصل انتفاخ فى الطحال ولا استسقاء غير ان النزلة المعدية المعوية التى توجد عند هؤلاء الاشخاص أيضا يظهر انها متعلقة باحتقانات احتباسية وزعم (ربلى) و (برتس) ان الاسهالات الغزيرة التى توجد عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوى بدون تغيرات مادية فى جوهر المعى مع استحالة شحمية فى الكبد انما تتعلق بهذه الاستحالة المرضية الاخيرة وقد قال كل من (شونلين) و (فريركس) بذلك ونحن كذلك قد شاهدنا اسهالات غزيرة مستعصية عند اشخاص غير مصابين بالسل ولم نجد فيهم عند فعل

الصفات التشريحية تغيرا مرضيا آخر فى اعضاء البطن سوى الاستحالة الشحمية للكبد

(المعالجة)

دلالات المعالجة السببية تستدعى تنويع حالة التدبير الغذائى متى كانت الاستحالة الشحمية للكبد ناشئة عن الافراط فى المآكل والمشارب وفى مثل هذه الاحوال لا يثمر الايصاء بغير التدقيق حيث انه لا يتبع ولذا ينبغى أمر المريض بغاية الدقة بعدد الساعات التى تلزم للرياضة كما انه ينبغى تعيين المآكل وتركيبها بشرط ان تستخرج منها مع الدقة المواد الدسمة ولا ينبغى ان يعطى للمريض فى المساء الا الشوربة المصنوعة بالماء أو الثمار المطبوخة وكذا ينبغى تقليل استعمال القهوة والشاى وترك استعمال المشروبات الروحية بالكلية ومتى انضمت هذه الاستحالة لاحد الامراض المنهكة سيما الدرن الرئوى فلا تكون لنا قدرة على اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية

واما معالجة المرض نفسه فقد اجتهد فى اتمام ما تستدعيه دلالته بواسطة استعمال الجواهر الدوائية التى لها تأثير جيد فى شفاء الاستحالة الشحمية للكبد كما دلت على ذلك التجارب الفسيولوجية فان الوريد الكبدى يوجد محتويا على كمية من الشحم أقل مما يحتوى عليها الوريد الباب وقد شاهد المعلم (فريركس) انه كلما ازدادت كمية المواد الشحمية المحتوية عليها الخلايا الكبدية نقص مقدار محصلها ولا شك ان المواد الشحمية الواردة الى الكبد فى الحالة الفسيولوجية تخدم فى تجهيز الصفراء ومع ذلك يمكن ازالة ازدياد المواد الشحمية فى الخلايا الكبدية متى قوى افرازها وهذا التوجيه وان كان بينا واضحا واتمام هذه الدلالة لاجية واجبا الا انه من العسر اتمامها فاننا لا نكاد نؤمل ازدياد الصفراء ازديادا عظيما بواسطة استعمال بعض الخلاصات النباتية الخفيفة من منذ ما علمنا ان الصفراء افراز لا أهمية له أو ذو اهمية قليلة فى مساعدة الهضم بل انها متحصل يتعلق كل من كميته وكيفيته بسرعة التبادل الغذائى العنصرى أو ببطئه او بتغيرات أخرى فيه ومن الجائز أن العصارة النباتية الحديثة الاستحضار لكل من التركساكم والشيلدونيم ونحو ذلك لها تأثير جيد شاف فى هذا المرض متى استعملت

على شكل المعالجة المخصوصة بفصل الربيع التى عند اجرائها تستيقظ المرضى فى انشقاق الفجر وتتبع تدبيرا غذائيا لطيفا مع الرياضة الكثيرة فى الخلوات لكن من القريب للعقل جدا ان هذا التأثير الجيد يتعلق بتنويع المعيشة غالبا وعكس ذلك يقال بالنسبة للمعالجة بمياه كرلس باد ومار يه باد وهمبرغ وكسنجن وغير ذلك وكذلك يعتبر فى النجاح الذى يتحصل عليه بهذه المعالجة نوع المعيشة الجيدة لكن المهم فى ذلك هو التأثير الذى ينتج من ادخال كمية عظيمة من المحلولات الملحية القوية فى التبادل الغذائى العنصرى فانه من المعلوم انه باستعمال مياه الينابيع المذكورة يزول الشحم الزائد المتراكم فى الجسم فى زمن قليل بحيث ان اكثر المرضى يصير نحيفا بعد مكثه قدر اربعة اسابيع فى كرلس باد ونحوه والسفر بالمشى مع المعيشة والتدبير الغذائى اللطيف لا يكفى فى احداث هذه النتيجة وقد ذكر فى تأثير الينابيع القلوية الملحية نظريات لا تجدى نفعا فمن جملة ما قيل مع المبالغة ان جسم الشخص المقيم فى كرلس باد مثلا يشابه معمل الصابون واعتبر البراز الواصف صابونا متكونا من قلى الصودا الداخل فى الجسم ومن الشحم المذاب منه ولا حاجة لنا فى مثل هذه النظريات وانما نتمادى على ارسال المرضى ذوى السمن المفرط والارتشاح الشحمى الكبدى الى تلك الاماكن لكن اجراء ما ذكر فى المرضى المصابين بتشحم الكبد عقب النهوكة العظيمة يعد من الغلط فان دلالات عدم استعمال المياه القلوية الملحية فى مثل هذه الاحوال تتضح من ذاتها وعند حصول فقر فى الدم ينبغى تجربة استعمال المياه الحديدية كماء ايجر وفرنسنبرون وكسنجن وراجودتسى حتى يتأكد من تحمل معدتهم تلك المياه وعدمه وفى هذه الحالة الاخيرة نجتهد فى تنظيم التدبير الغذائى ونوع المعيشة ومثل هذا التدبير يتبع فى الاحوال التى فيها يوجد عند المصابين بتشحم فى الكبد اسهال

(المبحث السابع)

(فى الاستحالة النشوية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاستحالة النشوية للكبد تنتج عن تراكم مادة مخصوصة فى الخلايا الكبدية

وفى جدر أوعية الكبد طبعتها اليست معروفة بالكلية وانما تشابه النشا بالنسبة لتأثير اليود وحمض الكبريتيك فيهما والظاهر انه ارتكانا على التشابه الكيماوى قد أطلق أخيرا لفظ الاستحالة النشوية للكبد على جميع الاحوال المرضية التى كانت تسمى بالاستحالة الدهنية للكبد بسبب اللمعان الدهنى لهذا العضو المكابد لهذه الاستحالة

ثم ان الاستحالة النشوية الكبدية لا تشاهد مطلقا عند الاشخاص السليمى البنية وتشاهد على الدوام فى أحوال سوء القنية الواصلة لدرجة ثقيلة لاسيما الناتجة عن الداء الخنازيرى أو الراكتيسم أو الزهرى أو التسمم الزئبقى أو التقيحات الغزيرة المستطيلة أو التسوسات العظمية المزمنة واحيانا تشاهد هذه الاستحالة عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوى وقد يؤدى سوء القنية الاجامية فى بعض الاحوال الى الاستحالة المذكورة

(الصفات التشريحية)

الاستحالة النشوية للكبد ينتج عنها غالبا ازدياد عظيم فى حجم هذا العضو وثقله وتغير فى شكله مشابه لما ينتج عن الاستحالة الشحمية للكبد فانه يكون مستطيلا مفرطحا ثخين الحوافى والغلاف البريتونى للكبد يكون أملس متوترا وتماسك هذا العضو يكون صلبا وسطح شقه يكون جافا بالكلية خاليا عن الدم أملس مستويا ذا لون سنجابى ولمعان دهنى والشقوق الدقيقة فى هذا العضو تظهر شفافة عند تعرضها للضوء ولا يتغطى سطح المشرط بطبقة شحمية الا عند وجود استحالة شحمية فى الكبد مع هذه الاستحالة وفى الغالب يوجد كل من الطحال والكليتين مكابدا الاستحالة مماثلة لاستحالة الكبد

وعند البحث بالمكروسكوب توجد الاخلية الكبدية ذات الاسطحة الكثيرة مستديرة ومتمددة ومتحصلها الحبيبى ونوياته زائلة بالكلية وممتلئة بدلا عن ذلك بمادة شفافة مستوية وعند وجود استحالة شحمية معها توجد الاخلية الكبدية خصوصا الدائرية ممتلئة بكرات شحمية متفرقة وعقب وضع محلول اليود يشاهد لون أحمر مسمر مخصوص بدلا عن اللون الاصفر المسمر واما عقب وضع حمض الكبريتيك فيشاهد لون بنفسجى يصير مزرقا فيما بعد

(الاعراض والسير)

الانتفاخ التدريجي للكبد في هذا المرض لا ينتج عنه آلام فلا تشتكي المرضى ولا يتيقظ لداتها الا عند ازدياد حجم هذا العضو ازديادا عظيما فيملأ المراق الايمن بحيث يحدث عندهم احساس بضغط وتوتر في هذا القسم وذكر المعلم (بود) ان الاستسقاء الزقي من الاعراض الملازمة للاستحالة الشحمية للكبد ونسب ذلك الى الضغط الواقع على تفرعات الوريد الباب وزعم انه يكفي خصوصا عند الاطفال المنهوكين من الداء الخنازيري او الاصابات العظمية وجود انتفاخ غير مؤلم في الكبد مصحوب باستسقاء زقي في تشخيص هذا الداء لكن نسبة الاستسقاء الزقي في هذا المرض للنهوكة العامة وميوعة الدم اولى من نسبته لضغط الكبد ضغطا ميخانيكيا فان اوذيما الاطراف في هذا المرض تسبق على الدوام الاستسقاء الزقي وكما ان الخلايا الكبدية المتزايدة الحجم لا تضغط في هذا المرض على الفريعات الوعائية فكذلك لا تضغط على المسالك الصفراوية ولذا كان عدم وجود اليرقان في هذا المرض قاعدة عامة لكن بسبب وجود بعض المضاعفات خصوصا الاستحالة الشحمية للعقد الصفاوية المجاورة للفرجة الكبد البوابية يمكن ان ينتج عنها يرقان خفيف أو شديد ولذا نبه المعلم (فريركس) على انه لا ينبغي اعتبار فقد اليرقان علامة مشخصة للاستحالة التي نحن بصددها ثم ان تناقص الافراز الكبدي في هذا المرض الناتج عن مكابدات الحويصلات الكبدية لهذه الاستحالة ينتج عنه قلة تلون المواد الثفلية وحيث ان الاستحالة الشحمية للكبد لا توجد الا عند الاشخاص الواقعين في سوء القنية فلا يمكن نسبة ضعف تغذية المريض وانتقاع لونه واغشيته المخاطية ووجود الارتشاحات المصابة عنده لهذه الاستحالة فقط وحينئذ يؤسس تشخيص هذا المرض في الغالب على معرفة اسبابه ووجود ورم صلب مدرك بالجس في المراق الايمن مع وجود ورم في الطحال أيضا وزلال بولي وباعتبار وجود ماذكر يسهل تشخيص الدرجة العظيمة في هذا المرض

(المعالجة)

ليس من الاكيد ولا القريب للعقل ان الكبد المكابد للاستحالة الشحمية

يزول تغيره فيصغر حجمه ويعود الى الحالة الصحية ثانيا ولو قال بذلك بعض المؤلفين ولذا كان ما اوصى به المعلم (بود) فى هذا المرض من استعمال الدلك بالمراهم اليودية على قسم الكبد مع التكرار لا يعبأ به ولا فائدة فيه ومن الموصى به فى هذا المرض بكثرة استعمال الاستحضارات اليودية من الباطن ولاسيما شراب يودور الحديد والحمامات الملحية والاستحضارات الحديدية وهذه الاستعمالات الدوائية وان شك فى انها تزيل هذا المرض لابد وأنها تساعد على ايقاف سيره وتقدمه اذ من المعلوم ان اليود ومركباته كما انها نوعية فى الآفات الزهرية الثلاثية كذلك تؤثر جيدا فى آفات ديسكرازية أخرى وكذا المركبات الحديدية فان منفعتها فى مثل هذه الاحوال مضاربة للفقر الدموى وانتخاب أحد هذين الجوهرين الدوائيين مفوض لفطانة الطبيب على حسب مقتضيات الاحوال

(المبحث الثامن)

(فى سرطان الكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الكبد كثيرا ما يصاب بالسرطان بحيث انه يوجد تبعا لمشاهدة (بروكتنسكى) فى كل خمس حالات من الاستحالات السرطانية للاعضاء المختلفة حالة من سرطان الكبد وذكر المعلم (ايلسر) أنه وجد هذا المرض ثلاثا وخمسين مرة فى أربعة آلاف صفة تشريحية بحيث يوجد فى كل ثمانين جثة تقريبا حالة من هذه الاصابة وكثيرا ما يكون سرطان الكبد اوليا وفى أحوال أخرى يعقب سرطان المعدة والمستقيم وغيرهما من الاعضاء وكثيرا ما يعقب استئصال أورام سرطانية من ظاهر الجسم

واسباب سرطان الكبد كبقية أنواع السرطانات مجهولة وقد ذكر المؤلفون انه يشاهد فى الاشخاص المتقدمين فى السن اى الذين سنهم من ٦٠ الى ٧٠ ويصيب الذكور أكثر من الاناث وأن من الاسباب المتممة له الضربات او السقطات على المراق الايمن وفقد كمية عظيمة من الدم والحميات المتقطعة المستطيلة وانقطاع المحولات المختلفة انقطاعا فجائيا والتباعد عن التدبير الصحى سيما الافراط من المشروبات الروحية لكن جميع ذلك غير مؤسس على

مشاهدات قطعية

(الصفات التشريحية)

أكثر اشكال السرطان حصولا فى الكبد هو النخاعى وقد يكون تارة أورما محدودة تحديدا واضحا وتارة يتمد منتشرا بدون حد بين الخلايا الكبدية ففى الاولى يشاهد فى الكبد أورام مستديرة غددية قصيصية محاطة بمحفظة خلوية رقيقة كثيرة الوعائية ويظهر فيها عند قربها من البريتون تفرطح او انبعاج سطحى ويسمى بالسرة السرطانية ويختلف حجم هذه الاورام وعددها فيكون من حجم البندقة الى حجم رأس طفل وتكون اما وحيدة او متعددة وكلما كانت بالقرب من سطح البريتون ظهرت تحدبات وبروزات على سطح هذا العضو وتماسك هذه الاورام اما ان يكون فى قوام الشحم الصلب او قوام المادة النخاعية اللبنية وعند الضغط على الاورام السرطانية الرخوة يسيل منها مادة لبنية غزيرة بخلاف الصلبة فلا يسيل منها الا القليل من هذه المادة ويختلف لون الاورام باختلاف اوعيتها كثرة وقلة فاما ان تكون بيضاء لبنية او محمرة وقد تكون حمراء داكنة عقب تمزقات وعائية او مسودة بتراكمات بجمنتية فيها والاجزاء المصونة عن الاصابة السرطانية من جوهر الكبد تكون فى حالة احتقان شديد تساعد جدا على تمدد هذا العضو وازدياد حجمه ازديادا عظيما ولا يندر ان يكون جوهر الكبد متلونا بلون اصفر فاقع عقب انضغاط المسالك الصفراوية واحتباس الصفراء والاخلية الكبدية المجاورة لهذه الاورام السرطانية يعتريها غالبا استحالة شحمية وفى الغالب يحصل فى الغلاف الاصلى للكبد أعلى الاورام السرطانية التهابات مزمنة جزئية بها يتكاثف هذا الغلاف ويلتصق بما حوله من الاجزاء وفى أحوال أخرى يتكون فيه مواد سرطانية تمتد الى جميع أجزاء البريتون ثم ان تكون الانبعاج السرى السرطانى فى سرطان الكبد ينشأ كغيره من أنواع السرطان عن ضمور أجزائه القديمة التى تكابد عناصرها الخلوية استحالة شحمية فتنكمش وقد يشاهد هذا الضمور ممتدا فى جميع أجزاء سرطانية بحيث لا يبقى منها الا مواد مصفرة هشة منحصرة فى منسوج خلوى متكمش (وهو الغلاف الباقى من السرطان) وان وجد بجوار هذه المواد الندبية

أورام سرطانية حديثة فى الكبد فلا يشك فى أنها كانت من طبيعة سرطانية وان لم تشاهد أورام سرطانية حديثة بجوارها وقع الشك فى كونها آثار أورام سرطانية شفيت أو بقايا تغيرات مرضية أخرى وكثيرا ما يلين السرطان الخاعى فيؤدى الى التهاب بريتونى حديث ونزيف خطر فى تجويف البطن

وأما الشكل الثانى من السرطان الخاعى الذى سماه المعلم (روكتنسكى) بالارتشاح السرطانى ففيه توجد أجزاء عظيمة من الكبد مستحيلة الى مادة سرطانية مبيضة وكل من الاوعية المنسدة والمسالك الصفراوية المجاورة لبقايا الاخلية الكبدية الواقعة فى الضمور والاستحالة الشحمية المتراكم فيها مادة بجمنتية صفراوية تمتد فى هذه المواد المبيضة على هيئة أشرطة أو صفائح غير منتظمة والارتشاح السرطانى ينتقل من الدائرة الى الجوهر السليم من الكبد بالتدريج بحيث يوجد محال تتسلطن فيها المواد السرطانية وأخرى الاخلية الكبدية وأما السرطان الهلامى الذى يكاد يكون مجلسه الوحيد المعدة والمعى والبريتون فقد يمتد الى جوهر الكبد وفى حالة شاهدها المعلم (لوسكا) كان الكبد جميعه مستحيلا الى مادة سرطانية غير منتظمة من طبيعة هذا السرطان

ومن النادر جدا مشاهدة السرطان البشرى فى الكبد فيكون على هيئة تعقدات صغيرة متفرقة من طبيعة هذا السرطان

وقد ينضم الى سرطان هذا العضو سرطان الوريد الباب وفيه يمتلئ كل من أصل هذا الوريد وجذوعه وفروعه بسدة من مادة سرطانية قليلة التماسك وفى حالة شاهدتها كانت على خلاف ذلك بمعنى ان سرطان الوريد كان مضاعفا بسرطان المعدة وكان سرطان الكبد الذى فى الجثة ناشئا مع غاية الوضوح من امتداد الاستحالة السرطانية للوريد الباب الى جوهر الكبد

(الاعراض والسير)

حيث يندر ان يكون سرطان الكبد أوليا وغالبا يكون ملازما لآفة فى المعدة فمن نفس هذه الطبيعة تكون الاعراض الخاصة به عسرة التمييز وقد يبتدأ بخفة فى بعض الاحوال النادرة خصوصا التى يكون فيها هذا الداء أوليا ومنفردا بحيث يتقدم تقدما عظيما بدون ان يعرف لكن غالبا يهجم

باضطرابات مختلفة واضحة جهة القناة الهضمية كفقد الشهية وتغيرها تغيرا غير طبيعي والتجشي الغازي وعسر الهضم لكن جميع هذه العلامات تنسب لمرض المعدة المصاحب له وفي دور كثير التقدم او قليله من هذا المرض يحس المريض غالبا بالم في المراق الايمن يختلف كثيرا بالنسبة لكيفيته فتارة يكون راضا وتارة ناخسا وهذا هو الغالب وهو وان كان منشؤه في المراق الايمن يتشعع الى اتجاهات مختلفة وتارة يكون قارصا بشدة وهذا الالم يزداد بالحركة والضغط واهم علامة الناتجة جدا هي التي تنتج من تزايد حجمه وذلك بان يحس عند المريض بواسطة الجس غالبا بحافة الكبد المجاورة للاضلاع الكاذبة في جميع امتدادها او بعض اصغار منها وتكون ذات مقاومة عظيمة عند الضغط عليها ولا يندر امتداد الكبد امتدادا عظيما بحيث يصل الى السرة او العظام الحرقفية وحيث يكاد يوجد على الدوام كتل سرطانية منتشرة في جميع سطح هذا العضو يحس فيه باورام صلبة كثيرا أو قليلا ذات مقاومة ومؤلمة وذات تحدبات احيانا واحيانا لا يوجد الاورم واحد واذا كان السرطان مصيبا لجميع جوهر الكبد يحفظ هذا العضو شكله الاصلي بحيث لا يعرف غالبا بالجس الا صلابة حافته المجاورة للاضلاع ويعرف بواسطة القرع تزايد حجم هذا العضو وامتداده في البطن وتجويف الصدر واليرقان يعد أيضا من جملة اعراض سرطان الكبد الا انه ليس دائم الوجود وهذا ينسب للضغط الواقع على القنوات الصفراوية وكثيرا ماينتج عن هذه الآفة أيضا الاستسقاء الرقي الذي يحصل امامن وجود أورام سرطانية ضاغطة على الاوعية الغليظة البطنية أو الضغط الواقع عليها بسبب تزايد حجم الكبد

ويوجد زيادة عن هذه الاعراض الرئيسة لسرطان الكبد اعراض أخرى ناشئة عن اضطرابات الوظائف الهضمية كعسر الهضم وتغير الشهية والاسهال المتعاقب مع الامساك يستمر نحو انتهاء المرض واذا كان حجم الكبد عظيما جدا حصل عند المصابين به عسر في التنفس ومتى تقدم هذا المرض انضم لذلك اعراض الديسكرازيا السرطانية وتغير التغذية العامة فاذا لم يوجد اليرقان صار الوجه باهتا أو تلون بالصفرة الخفيفة أى اللون التبني أى

الذي يوجد في جميع الامراض السرطانية ثم تتقدم النحافة تقدما عظيما وتقع المرضى في النهوكة المؤدية الى الانتهاء المحزن
ثم ان سرطان الكبد ذو سير مستمر بطيء غير انه نحو الانتهاء اى في الدور المسمى بدور اللين يصير سريعا ومدته طويلة فقد يمكث أكثر من سنة وانتهاؤه محزن دائما امابذاته او بسبب آفة سرطانية أخرى اومضاعفة بالتهاب بريتوني او معوى اوبليوراوى

(التشخيص)

في كثير من الاحوال يعسر تمييز سرطان الكبد عن ضخامته البسيطة والتهابه المزمن بل وعن اورامه المتكيسة سيما اذا كانت غير سطحية والعلامات الدالة عليه في الاحوال الواضحة هي تعب والم في المراق الايمن تختلف شدته يكون من زمن طويل وازدياد حجم الكبد وظهور اورام متفرقة على سطحه مختلفة الصلابة وحصول نحافة عظيمة مصحوبة باللون الاصفر التبني كما في الامراض السرطانية غالبا فان تحقق مع ذلك من وجود سرطان المعدة كان التشخيص يقينيا وفي الاحوال المشكوك فيها يمكن فعل بزل استقصائي

(الحكم على العاقبة)

السرطان الكبدي خطر للغاية كما لايخفى ويشتد خطره عند اضطرابات الوظائف الهضمية وظهور الاستسقاء اومضاعفة أخرى من جهة الرئة او البليورا فان سير المرض يصير سريعا جدا

(المعالجة)

معالجة هذا الداء لاتكون الاتسكينية فيستعمل وضع العلق اذا حصل التهاب بريتوني جزئي واحدث آلاما شديدة وتقاوم الآلام الناخسة بالحراريق الطيارة والوضعيات الملينة وينبغي مقاومة الاعراض الآتية من نحو القناة الهضمية حال ظهورها فيقاوم الامساك بالمسهلات الخفيفة كالمن وزيت الخروع والاملاح المتعادلة ويقاوم الاسهال بالحقن المضاف اليها اللودنم وتعاطي قليل من الافيون ويلزم الطبيب الالتفات للتدبير الصحي ومعالجة المضاعفات حسب ماتقتضيه الحالة الراهنة واحيانا يستدعي الاستسقاء الزقي الذي يضاعف كثيرا سرطان الكبد عملية البزل

(المبحث التاسع)

(فى درن الكبد)

لا يكون درن الكبد اوليا مطلقا بل ينضم دائما الدرن فى غير هذا العضو او يكون ظاهرة للدرن الدخنى الحاد وحينئذ ترى تحببات قليلة الشفافية كحجم الدخن سنجابية اللون منتشرة على السطح الظاهرى من الكبد وعند وجود درن متقدم فى المعى أو الرئة توجد مواد درنية جبنية فى الكبد صفراء احيانا فى حجم حب الشنارق او البسلة ومن النادر ان ينتج عن تلاشى هذه المواد جيوب ممتلئة بصديد درنى والغالب انها تضغط على القنوات الصفراوية الشعرية فتؤدى لتمدد فى اجزائها الكائنة خلف الاصفار المنضغطة وبذلك تنشأ تجاويف فى حجم الدخن او البسلة ممتلئة بمواد صفراوية مخاطية لا تختلط بالكهوف الدرنية ولا يمكن معرفة درن الكبد مدة الحياة

(المبحث العاشر)

(فى الاورام الديدانية الحويصلية للكبد المعروفة بالايكنوكوك)

(وهذه اللفظة المركبة معناها الديدان الحويصلية ذات الخراطيم المتوجة بتاج من كلاليب)

نسبة هذه الديدان للديدان الايكنوكوكية الشريطية كنسبة الديدان الحويصلية الخلائية للدودة الشريطية الوحيدة بمعنى انها عبارة عن الفقس الحديث الخالى عن أعضاء التناسل من تلك الدودة التامة التكون والتجارب الجديدة التى فعلت فى الحيوانات التى أدخل فى غذائها الايكنوكوك المأخوذ من جسم الانسان وان لم يتحصل منها على نتائج ثابتة الا أنه بها أمكن احداث الديدان الشريطية الايكنوكوكية فى امعاء الحيوانات التى صار تغذيتها بالايكنوكوك المأخوذ من حيوانات أخرى غير الانسان

والكيفية التى بها يصل بيض وبرقومة الديدان الشريطية الايكنوكوكية الى كبد الانسان حتى تنمو فيه ويتكون عنها حويصلات ايكنوكوكية مجهولة وهذه الديدان توجد بكثرة فى جزاير ازلانده حتى انه ينتج من قول أطباء هذه الجهة ان ثمن المرضى الذين يعرضون عليهم بل ان كل واحد من سبعة يكون مصابا بهذه الديدان فى أجزاء مختلفة من الجسم ويظهر من القياس

والتقاويم ان وصول هذه الديدان لباطن الانسان يكون بالكيفية الآتية وهي ان الحيوانات الموجود في باطنها الديدان الشريطية الايكنوكوكية يتقذف منها زمنا فزمنا بعض عقل تامة التكون مع المواد البرازية وان البيض والجراثيم المحتوية عليه هذه العقل يختلطان بمياه الشرب بكيفية ما أو بالمطعومات التي تؤكل نيئة فحينئذ متى وصلت هذه الجراثيم الصغيرة الى باطن القناة الهضمية ثقبت بكلاليبها الستة جدر المعدة أو المعي وسبحت بعيدا حتى تصل الى الكبد وحينئذ فالجرثومة المكروسكوبية تنتفخ ويتكون عنها حويصلة عظيمة ينمو على سطحها الباطن عدد عظيم جدا من فقس الديدان الشريطية غير تام التكون وغالبا يتكون زيادة عن هذا الفقس النامي في باطن المثانات الامية حويصلات أخرى متولدة منها تعرف ببنات الحويصلات وعنها بنات البنات المحتوية على الفقس أيضا

والظاهر ان وجود هذه الديدان الحويصلية في جزيرة ازلانده وطني ناتج كما قاله (كيشن متيستر) عن وجود عدد عظيم من الكلاب التي تربى في هذه الجزيرة وعن درجة حرارة مياه الانهر الفاترة المعدة لشرب أهل هذه الجزيرة فالظاهر ان الكلاب تزدرد هذه الحويصلات المنقذفة امامن الفم اوالاست اوالاكياس المنفتحة حيث لا يعتنى بازالة هذه المتحصلات فضلا عن مساعدة المياه المذكورة على نموها تيك الجراثيم كما تساعد على نمو جميع الحيوانات الدنيئة الرتبة وزعم الطبيب المذكوران هذه الديدان متى وصلت الى معى شخص وتوطنت جسمه تنمو وتستحيل الى ديدان شريطية كما ان جراثيم هذه الديدان الموجودة في معى شخص تسبح نحو الكبد وتستحيل الى حويصلية

(الصفات التشريحية)

الاكياس الايكنوكوكية تكون في الكبد امافرادى اومتعددة بكثرة وهي في الفص اليمنى أكثر من اليسارى ويختلف حجمها من الحمصة الى قبضة اليد اوالى رأس الطفل ومتى عظم حجمها وكثر عددها ازداد حجم الكبد ازديادا عظيما وما كان وضعه غائرا من هذه الاكياس في هذا العضو ومحاطا بجوهره لا يغير شكله الا قليلا واما الاكياس العظيمة الموضوعة على سطحه الظاهر فانها تبرز منه بروزا عظيما على شكل كرات صغيرة اوعظيمة فينشأ عنها تشوه

عظيم فى شكل الكبد والاكياس الدائرية تكون محاطة بغلاف بريتونى شديد الالتصاق وجوهر الكبد يتلاشى ويضمر بنمو هذه الحيوانات الطفيلية بحيث يفقد معظمه ومابقى منه يكون كثير الدم بسبب احتقانه الاحتباسى والحويصلات الديدانية تكون محاطة بحفظة ليفية كثيفة ناتجة عن تكونات خلوية ومع ذلك يسهل نزعهما منها وأما الغشاء المكون للحويصلات نفسها فيكون رقيقا نصف شفاف كزلال البيض المنعقد وبالبحث عنه بالمكرسكوب يظهر انه متكون من عدة صفيحات متراكمة فوق بعضها كثيرة الرقة وعند فتح هذه الحويصلات يخرج سائل شفاف مصلى فيه عدد عظيم من حويصلات ثانوية (أى بنات الحويصلات الامهات) وهذا السائل يحتوى تقريبا على ١٥ جزأ من المواد الصلبة من الف جزء وليس فيه مادة زلالية بل املاح سيما ملح الطعام ويوجد فيه أيضا تبعا (لهينتس) ٣ أجزاء من كهرمان الصودا وتركيب الحويصلات الثانوية يشابه الحويصلات الامية وحجمها يكون من حبة الدخن الى الفندقة والعظيم منها يسبح فى هذه الحويصلات واما الصغير منها فيتشبث بسطحها الباطن واما الحويصلات الثلاثية (اى بنات البنات) التى لا توجد الا فى باطن الثانوية العظيمة فيقرب حجمها من رأس الدبوس ويوجد فى السطح الباطن من جميع هذه الحويصلات نوع مادة ترابية مبيضة وبالبحث عنها بالمكرسكوب يرى فيها عدد عظيم جدا من الديدان الشريطية غير تامة التكوين أو فقسها وطول كل منها ربع مليمتر وعرضه ثمن ورأسها غليظ موشح باربعة ممصات وخرطوم محاط بصفين من الكلاليب ويكون الرأس منفصلا عن الجذع القصير بجزء محتو على روؤس كلسية عديدة مستديرة أو بيضاوية وغالبا يكون الرأس داخلا فى الجذع بحيث يظهر ان شكل هذه الحيوانات مستديرأو هرمى كشكل القلب ويكون تاج الكلاليب شاغلا للمركز ويندغم فى الطرف الخلفى من هذه الحيوانات ذنيب قصير لتتشبث به هذه الحيوانات ثم ينفصل فيما بعد ويسبح فى السائل

والديدان الحويصلية كثيرا ماتهلك فيهبط كل من الحويصلات الاولية والثانوية فيتعكر متحصلها ثم يستحيل الى مادة شحمية او مادة ضامة كثيفة

تشتمل على املاح كلسية وشحم وكولسترين ولا يبقى من هذه الحيوانات الابعض كلاليب تشابه كما قاله (بود) اسنان اوعظام بعض الحيوانات العظيمة التى تبقى بعدموتها زمناطويلا وفى أحوال أخرى تتمدد الكيس شيأفشيأ حتى تتمزق فاذا انفجرمع ذلك الغلاف البريتونى المتمدد انسكب المتحصل فى تجويف البطن فينتج عن ذلك التهاب بريتونى شديد وبذلك يلتصق الكيس أيضا بالاعضاء المجاورة بحيث يستفرغ عندانفجاره فى المعدة اوالمعى اوالمسالك الصفراوية اوالاوعية الغليظة المجاورة اوالبلورا بعدتمددالحجاب الحاجز ورقته وانفجاره بسبب ضغط الكيس عليه بل وقد يستفرغ متحصل الكيس فى الشعب بعدالتصاق البلورا بالرئتين وانثقابهما وفى أحوال أخرى قد ينتج عنها التهاب فى الاجزاء المحيطة وعلى الخصوص فى الغلاف المحيط بها وحينئذ تظهر اعراض التهاب فى الكبد وتهيج شديد بل وتقيح فى الكيس نفسه وفيما حوله من أجزاء الكبد والخراج المتكون فى الكبد بهذه الكيفية يمكن ان ينفتح الى الظاهر اوالباطن وفى الحالة الاولى يشاهد متحصل الحويصلات مختلطا بالصديد

(الاعراض والسير)

قدتحقق لنامن المشاهدات اليومية ان الاورام الديدانية الحويصلية كثيرا ماتتكون فى الكبد بدون ان ينتج عنها أدنى عرض وبدون معرفتها سنين عديدة ونموهذه الاورام الحويصلية البطء هو السبب فى فقد الاعراض مدة طويلة ابتداء بحيث لايعرف غالبا هذا المرض باعراض مدركة للمريض بل بظهور ورم فى المراق الايمن ومعرفة ذلك امامن المريض او الطبيب ومتى نمت هذه الاورام وكذا الكبد نموا عظيما يمكن ان ينتج عنها الاحساس المخصوص المذكور بكثرة وهو التوتر والضغط فى القسم الشراسيفى والحجاب الحاجز بسبب اندفاعه الى أعلى يحصل فى وظائفه عوق وكذا الضغط الواقع على الفص السفلى من الرئة اليمنى وحصول الاحتقان الجانبى النفسى فى الاجزاء غير المنضغطة من الرئة يمكن ان ينتج عنه ضيق التنفس والالتهاب الشعبى النزلى وكذا يمكن ان يشاهد كل من الاستسقاء الزقى واليرقان بدرجة مختلفة عقب الضغط الواقع على فريعات الوريد الباب والمسالك الصفراوية

الصغيرة والقنوات المفرزة للصفراء ومع ذلك فهذه الظواهر جميعها نادرة الحصول

والذى يستدل به بالاكثر على هذه الاورام ويتوصل به الى تشخيصها البحث الطبيعى فان الاكياس الحويصلية متى وصلت لحجم عظيم وكانت متعددة يمكن معرفتها بمجرد النظر فانها تحدث تحدبا عظيما فى المراق الايمن يمكن امتداده الى قسم السرة بل والى المراق الايسر والورم الناتج عن ذلك وان كان حافظا لشكل الكبد الا انه يوجد على سطحه تحدبات مختلفة الحجم ومع ذلك فان الجهة اليمنى من الصدر تتمدد وتبرز الاضلاع اليمنى الى الخارج وبالجس يحس بتزايد حجم الكبد وبالصفة الكرية المحدبة لسطحه الظاهر وهذه التحدبات تظهر فيها مرونة عظيمة جدا أكثر مما تحدثه التحدبات السرطانية الرخوة جدا وصوت القرع يكون اصم فى جميع امتداد الكبد وعند فعل القرع يحس احيانا بتموجات مخصوصة مع اهتزاز مخصوص يسمى بالتموج الحويصلى وهذا التموج كالذى يحس به عند القرع بالاصبع على مادة هلامية متكاثفة والمعلم (بيورى) يسمى ذلك بالاهتزاز الحويصلى

ولا يعتبر من اعراض انتهاء هذا المرض التلاشى التدريجى للاكياس الديدانية فان هذا الانتهاء لا يحصل الا فى الاكياس الصغيرة غير المدركة ومتى انفجر الكيس فى تجويف البطن نتج عن ذلك اعراض مشابهة بالكلية انثقاب قرحة معدية بحيث ان لم يتيسر للطبيب تشخيص الاكياس وقع فى حيرة لعدم معرفة السبب الاصلى للالتهاب البريتونى وطبيعة المتحصل المنسكب فى البطن وفى هذه الحالة عما قليل من الايام تهلك المرضى بسرعة من الالتهاب البريتونى ذى السير الحاد جدا ولا يمكن تشخيص انفجار الاكياس الحويصلية الا اذا وجد بعض قطع منها فى مواد القىء أو البراز أو النفث ومتى نتج عن الكيس الحويصلى التهاب فى الاجزاء الكبدية المجاورة له صار الورم مؤلما جدا بالضغط وشوهد حصول قشعريرة واعراض حمية وظهرت اعراض الالتهاب الكبدى التقيحى بجميع انتهاآته التى ذكرناها فيما تقدم فاذا انفتح الخراج الى الظاهر أمكن أن يشاهد فى الصديد بعض أجزاء من طبقات الاكياس المتراكمة فوق بعضها أو بعض ما انفصل من تيجان كلاليبها

(المعالجة)

قد أوصى فى الاورام الحويصلية الديدانية للكبد باستعمال المكمدات المصنوعة من محلول مركز من ملح الطعام على قسم الكبد وقد زعم (بود) انه بواسطة قوة الجذب الخصوصى والشراهية العظيمة للحويصلات بالنسبة لكلورور الصوديوم ينفذ هذا الملح فى سائل الديدان الحويصلية ويمنع تزايدها ونموها بل يميتها بالكلية كما ان بعضهم أوصى باستعمال المركبات اليودية والزئبقية زعما بأنها تقتل الحيوانات الطفيلية بل واستعمل بعضهم الجواهر الدوائية القاتلة للدود فى هذا المرض ولم يجد كل ذلك نفعا والايصاء به مؤسس على نظريات عقلية لا تجارب فاذا أريد استعمال أحدها فالاولى انتخاب ما لا مضرة من تأثيره على الجسم والظاهر ان عملية فتح هذه الاكياس فى جزيرة ازلانده كثيرة الحصول واما فى بلادنا فقد اعقب احيانا فتحها عوارض خطرة فلذا ينبغى قبل فتح الاكياس التمسك بجميع الاحتراسات التى تفعل عند فتح خراج الكبد

(المبحث الحادى عشر)

(فى الاورام الايكنوكوكية المتعددة الجيوب)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما وجد فى العصر المستجد عند فعل الصفات التشريحية ان أجزاء عظيمة من الكبد مستحيلة الى ورم مخصوص متكون من طبقة خلوية وعدة من الجيوب المختلفة الاتساع ممتلئة بمواد هلامية وقد اعتبر الاولون من المشاهدين لهذه الاورام انها نوع من السرطان ذى الجيوب اى الهلامى لكن المشاهدات المكرسكوبية الاكيدة ابدت لنا ان متحصل هذه الجيوب الهلامى متكون من العناصر والاجزاء الخاصة بالديدان الحويصلية وأكدت أيضا انها ناتجة عن سير وسريان هذه الديدان

وكيفية منشأ هذه الاورام المسماة تبعا للمعلم (ورجوف) بالاورام الايكنوكوكية الجيبية ليست واضحة لكن من القريب للعقل جدا ان منشأ هذه الاورام ليس ناتجا عن اختلاف نوع الحيوانات الطفيلية بل ناتجا عن نوع سيرها وسريانها المخصوص وعن مجلسها ونحوها وقد زعم المعلم

المذكور ان شكل هذا المرض يحصل عن سبح جرثومة الديدان المذكورة
فى الاوعية الينفاوية الكبدية وان أكياس تلك الاورام تتكوّن فى باطن
هذه الاوعية وذهب ليكهرت الى أن التغيرات المذكورة تحصل فى الاوعية
الدموية وذهب فريدريش وكان قد وجد فى الحالة التى شاهدها امتلاء القناة
الكبدية بالمواد الايكنوكوكية الى ان تكوّنها انما يحصل فى المسالك
الصفراوية وقد حررلى المعلم (كيشن ميستر) خطابا يشتمل على التوجيه
الآتى الذى أظن انه بسيط واضح وهوانه ينشأ ورم ايكنوكوكى متعدد
الجيوب بدلا عن شكل المرض المعتاد من الاكياس الديدانية متى لم يتكوّن
حول جرثومة هذه الديدان محفظة خلوية او ان تلك المحفظة يثقبها هذا
الحيوان الطفيلى قبل ان تصير سميكة ذات مقاومة وحيث انه عند فقد
المحفظة المندمجة تسبح هذه الديدان وتسير الى جميع الاتجاهات فانها تسرى
الى المحال القليلة المقاومة فان وصلت الى احدى القنوات الممتدة فى الكبد
او ثقبت فى أثناء سيرها احدى هاتيك القنوات سبحت فى باطنها حتى تملا شيأ
فشيأ مجموع تلك القنوات وحيث ان كلا من ورجوف وليكهرت وفريدريش
قد تحصل على نتائج مغايرة فى ابحاثه الدقيقة المعتمد عليها ولا بد بحيث ان كلا
منهم وجد المواد الايكنوكوكية مالئة لمجموع قنوى آخر من الكبد ساغ
لنا القول بان سبح هذه الحيوانات الطفيلية فى الاوعية الينفاوية والدموية
والمسالك الصفراوية وثقبها له جائز وان كلا من هذه المجاميع القنوية قد
يكون مصونا عن وجود تلك التغيرات فيه

(الصفات التشريحية)

تكاد الاورام الايكنوكوكية الجيبية ان يكون مجلسها الفص اليمينى من
الكبد لكن شاهدت فى حالة من ثلاثة أحوال ان مجلسها كان فى الفص
اليسارى من هذا العضو وعظم هذه الاورام قد يصل الى حجم الرأس بل أكبر
من ذلك والطبقة الخلوية يكون قد اعتراها استحالة شحمية متقدمة
والجيوب التى تنفتح عند شق تلك الاورام تشابه بالكلية التجاويف التى توجد
على سطح الخبز الهش النضيج جدا عند شقه وعند البحث بالمكرسكوب
عن المواد الهلامية المحتوية عليها تعرف الاغشية الواصفة للايكنوكوك

المشتملة على تراكمات كلسية عديدة صغيرة وكبيرة بل وبالبحث الدقى المستطيل يمكن وجود تيجان من الكلاليب أو بعض الكلاليب وينـدر وجود فقس تام من تلك الديدان الافى حالة قدشاهدتها وجد فى دائرة الورم حويصلات فى حجم الكرز مرصعة فى سطحها الباطنى بعدد عظيم من الفقس والجرائيم التامة وماعدا هـذه الحالة من الاحوال المعلومة ففيها وجد مركز الورم متقيحا والتجويف الناشئ عن هـذا التقيح مشتملا على سائل عكر ذى لون اسمر سنجابى متكون من بقايا تلك الديدان وتراكمات كلسية وكرات شحمية وبلورات كوليستيا وينية وجدرهـذا التجويف الغير المستوى يكون ذالون وسخ ترابى مشتمل عند النظر اليه بالمكرسكوب على بلورات ظريفة هماتودينية

(الاعراض والسير)

الاعراض الناشئة عن الاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب تختلف بحسب تكون تلك المواد الديدانية فى أحد المجاميع القنوية من الكبد وسلامة الباقى منها وانسداده وبهذا يتضح الامر المعلوم من أن مجموع الاعراض الواصف لتلك الاورام الذى بينه (فردريش) يطابق بالكلية بعض أحوال من هـذا المرض مطابقة تامة حتى به ولابد يسهل تشخيصها وفى أحوال أخرى تفقد الصفات الواضحة الدالة عليها والشرح الآتى لمجموع اعراض المرض مرتكن فيه الى عدد عظيم من مشاهداتنا والى البيان الواضح لمشاهدات بعض أحوال لغيرنا

فهذا المرض يبتدئ ولابد بكيفية كامنة واعراضه الابتدائية لاتظهر غالبا الابعد عظم حجم الورم فبعض المرضى لايستيقظون لوجود ورم فى بطونهم الامن الاحساس بضغط متعب فى المراق الايمن عندهم اوباعلامهم بوجود هذا الورم فيهم ولايشتكون بشئ سوى ذلك ويكون كل من الشهية والهضم عندهم على الحالة الطبيعية فلا تضطرب قواهم ولاحالة تغذيتهم ويفقد كل من اليرقان وظواهر الاحتقان الاحتباسى بجذور الوريد الباب وعند البحث عن البطن يوجد ورم عظيم فى المراق الايمن متعلق بالكبد وهذا العضو اماان يكون حافظا الشكله الطبيعى او يوجد على سطحه تحدبات

سطحية كما يحصل فى اصابته السرطانية او الزهرية ويكون ورم الكبد هذا عظيم المقاومة ولو كان فيه تقيح مركزى ممتد ولم يشاهد فيه تموج أصلا الا فى حالة شاهدها المعلم (جوسنجر)

ثم ان ظهر هذا المرض وسار بهذه الكيفية فلا يمكن معرفته مع التأكيد ولا تمييزه عن غيره من أمراض الكبد سيما سرطان الكبد وورمه الزهرى ففى احدى الحالتين اللتين شاهدتهما وكنت فى الاولى منهما زعمت وجود سرطان متقيح عظيم فى الكبد كان حصول الموت بواسطة سكتة دماغية ولم يتأت للطبيب المعالج الوقوف على حقيقة الورم الكبدى ذى الحدبات والصلابة الحجرية مع انه كان ملاحظا السير من عدة سنوات ولم يشاهد عند المريض فى السنين الاخيرة من الحياة ظواهر يرقانية وانما كان قد اعتراه من منذ عشر سنين قبل مماته حالة يرقانية خفيفة قصيرة المدة وأما الحالة الثانية التى لوحظت بالدقة فى الا كلينك الخاص بنا مدة جملة اشهر فقد انضم فيها الى الاعراض السابق ذكرها بول زلالى واستسقاء لحى وكان قد ظن ان المريض هالك بورم زهرى فى الكبد مع استحالة نشوية فى الكليتين ولم يتحقق بالصفة التشريحية للجثة الا من تشخيص المرض الاخير فان الكبد وجد محتويا على ورم اكنوكوكى متعدد الجيوب فى عظم حجم الرأس بدلا عن الورم الزهرى والمريض الاخير هذا لم يصب مطلقا باليرقان وفى كليهما كانت المسالك الصفراوية سليمة بالكلية

ثم ان تلك المشاهدات لا تنافى فقط قول الشهير (فريدريش) القائل بأن اليرقان عرض ملازم للاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب بل انها تثبت كذلك انه فى الاحوال التى فيها لا تنسد المسالك الصفراوية بواسطة تلك الاورام ولا يحصل حينئذ عوق فى سير الصفراء وامتصاصها تبقى المرضى ولابد حافظة لحالة صحية تطاق مدة طويلة من الزمن كما هو المشاهد فى شكل الاورام الاكنوكوكية المعتادة وانما متى حصل تقيح فى الورم فيما بعد وامتد هذا التقيح واصطحب ذلك بالحمى اضطربت التغذية العامة للمريض وظهرت عنده النهوكة وبذلك يهلك المريض ان لم يحصل له ذلك عقب طرو مرض آخر ومن المعلوم ان هلاك المريض فى الحالة الثانية من اللتين شاهدتهما

كان هلاك المريض بمرض ثانوى فى الكليتين (مع أن فريدريش ينكر وجود ذلك بالكلية فى الاورام التى نحن بصددها)

وتختلف اعراض هذا المرض بالكلية وسيره متى انسدت المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة للصفراء بواسطة الجراثيم السابحة أو انفجار الحويصلات الاكنوكوكية ونحو هذه الحيوانات الطفيلية فيها وهذا لا يندر أن تكون الصفة المرضية لهذا المرض واضحة جدا سيما فى الادوار الاخيرة منه بحيث يتيسر للطبيب تشخيصه مع التأكيد التقريبى أو التام فان الاعراض تبتدئ بيرقان غير خطر فى الابتداء و يتزايد ذلك تدريجا وجميع الوسايط العلاجية التى تستعمل من أجل ازالته تبقى بدون فائدة و يصل أخيرا الى أشد الدرجات وتظهر المواد البرازية عما قريب خالية عن التلون وهذا دليل قطعى على انسداد المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة انسدادا تاما وتفقد ظواهر اضطراب الهضم وفساده وحيث ان ظهور اليرقان لا يكون مسبوقا بنوب آلام شديدة فذلك يدل غالبا على عدم وجود حالة نزلية فى القنوات الصفراوية وانسدادها بواسطة تجمعات حجرية ويقوى الظن بوجود أورام اكنوكوكية متعددة الجيوب بل ويرتقى الى درجة التحقيق متى ظهر فيما بعد مع الاعراض السابق ذكرها تحدبات فى الكبد فان الامر اذذاك لا يكون فيه شبهة الا بالنسبة لامراض هذا العضو الذى يتغير شكله فيها أعنى سيروز الكبد وسرطانه وأورامه الزهرية أو الاورام التى نحن بصددها لكن جميع الامراض السابق ذكرها لا تكاد تكون مطلقا مصحوبة بانسداد تام فى المسالك الصفراوية بخلاف الاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب فانها تكون غالبا مصحوبة بانسداد تام فيها و بناء على ذلك بفقد لون المواد البرازية كلية مع يرقان مستمر مستعص واحتباس تام فى الصفراء لا تشترك الحويصلة المرارية فان وجد حينئذ ورم ذو تحدبات فى الكبد مع مجموع الاعراض السابق ذكرها جاز القول بتشخيص ورم اكنوكوكى متعدد الجيوب فى الكبد

وأكثر ما يحصل فى أثناء سير هذا المرض استسقاء زقى ونزيف معدى معوى او انزفة من أغشية مخاطية أخرى او تحت الجلد ومع ذلك فجميع هذه

الاعراض ليست مشخصة لتلك الاورام بل انها متعلقة فقط باحتباس الصفراء وامتصاصها وتشاهد بكثرة فى جميع الامراض المصحوبة بذلك كما سيأتى بيانه فى المباحث الآتية

(المعالجة)

ليس للصناعة أدنى قوة من معالجة الاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب بل ان عدم نجاح العلاج بالنسبة للبرقان قد يستنبط منه احيانا حقيقة تشخيص هذا المرض فانه لا يتأتى بأى واسطة تنقيص حجم الورم ولا تحسين حالة اليرقان ولا حفظ قوى المريض وتغذيته مع الاستمرار وكذا البزل الذى فعل فى الحالة التى شاهدها المعلم (جرسنجر) والتى شاهدتها مع الدقة بمارستان القصر العينى وكانت فيها الاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب جدا سيما فى الكبد بل وفى كثير من الاعضاء فى آن واحد لم يجد ذلك نفعا فلا حاجة فى اتباعه

(المبحث الثانى عشر)

(فى الاحتباس الصفراوى للكبد واليرقان المتعلق به اى اليرقان الكبدى)

(كيفية الظهور والاسباب)

المسالك الصفراوية لا تحتوى على الياف مقتدرة بقوة الانقباض تسمح بقذف متحصلها ولذا اجبرنا على القول بان الصفراء تندفع فى المسالك الصفراوية بنفس القوة الدافعة لها فى منشاهذه القنوات أعنى بضغط الافراز والضغط الذى يعترى الكبد مدة الشهيق بانخفاض الحجاب الحاجز وان ساعد فى الحقيقة على استفراغ المسالك الصفراوية الا ان قوة هذا الضغط ليست عظيمة فان الحويصلة المرارية التى يؤثر فيها ولابد ضغط الحجاب الحاجز بقوة أكثر من تأثيره على الكبد الذى هو عضو صمط ذو مقاومة يمكن ان تمتلئ بالصفراء ولو مع عدم انقطاع الحركات التنفسية وعلى جميع الاحوال فالقوى الدافعة للصفراء فى المسالك الصفراوية ضعيفة جدا بحيث لا يمكنها قهر أدنى مقاومة وان ادنى مانع يعوق استفراغ الصفراء وسيرها ينتج عنه تراكم هذا السائل فى الكبد فيحدث الاحتباس الصفراوى

ومتى امتلأت المسالك الصفراوية والاخلية الكبدية امتلاء عظيما ووصل الضغط الباطني الواقع على جدرهذه المسالك لدرجة عظيمة دخل جزء عظيم مما احتوى عليه من الصفراء بحركة التشرب في الاوعية الدموية والينفاوية وهذا هو السبب الغالب في حصول اليرقان

ثم ان التجارب المستجدة اوضحت لنا مع البيان انه في أحوال اليرقان الناشئ عن احتباس الصفراء وامتصاصها المعبر عنه باليرقان الامتصاصي وباليرقان الكبدي عكس اليرقان المعبر عنه بالدموي يدخل في الدم ولابد كل من المواد الملونة للصفراء وباقي الاجزاء المكونة لها لاسيما حوامض الصفراء وهذه الحوامض لها خاصية واضحة في اذابة الجسيمات الدموية كما دلت على ذلك التجارب العديدة فانه بحقن محلول خفيف من هذه الحوامض في دم بعض الحيوانات يمكن احداث اليرقان بالصناعة وذلك لان المادة الملونة للدم المنفردة اذذاك تستحيل الى المادة الملونة للصفراء وحيث ان كلا من هذين الامرين ثابت بين وهو أنه في أحوال احتباس الصفراء تصل حوامض هذا السائل الى الدم وانه بدخول حوامض الصفراء في الدم تنفرد ولابد المادة الملونة للدم وتستحيل الى مادة ملونة للصفراء فنقول مع التأكيد ولابد ان كل يرقان كبدي ينضم له يرقان دموي وبعبارة أخرى ان كل يرقان كبدي المنشا يؤدي لحصول يرقان دموي

ثم ان من جملة أمراض الكبد السابق ذكرها مالا ينتج عنه اليرقان وهو الاستحالة الشحمية للكبد أو الشعرية له فانه لا ينتج عنهما مطلقا ضغط على المسالك الصفراوية ومنها ضموره وسرطانه واكياسه الحويصلية فانه تارة ينتج عنها اليرقان وتارة لا ينتج عنها ففي الاحوال التي فيها يعتري المسالك الصفراوية ضغط يحصل احتباس الصفراء احتباسا جزئيا وامتصاص الصفراء واليرقان لا يصلان في هذه الحالة لدرجة عظيمة جدا ولم تزل المواد البرازية متلونة بالصفراء بالنسبة لما يأتي اليها من المسالك الصفراوية وينعكس ذلك في أحوال أخرى فيها تنضغط القناة الكبدية او الصفراوية بواسطة أورام في الكبد او تنسد فيصير احتباس الصفراء تاما واليرقان عظيما جدا والمواد البرازية غير متلونة بالكلية

ثم ان احتباس الصفراء احتباسا كليا بجميع ماينتج عنه تكثر مشاهداته في آفات القنوات الناقلة للصفراء وفي أحوال انضغاطها بواسطة أورام وسيأتي شرح ذلك فيماسيأتي ولانشرح في هذا المبحث الا التغيرات التي تعتري الكبد بواسطة الاحتباس الصفراوي وماينتج عنه

(الصفات التشريحية)

حجم الكبد يمكن أن يحصل فيه تمدد بواسطة الاحتباس الصفراوي العظيم بحصوله بالاحتباس الدموي ومع ذلك فهذا الانتفاخ وتزايد الحجم يتناقص بسرعة متى زال العائق المانع لاستفراغ الصفراء وشكل هذا العضو لايتغير بتزايده في الحجم والمسالك الصفراوية عظيمة كانت اوصغيرة تظهر ممتلئة بالصفراء وممددة ولون الكبد يكون أصفر فاقعا او اخضر زيتونيا بحسب اختلاف درجة احتقانه بالصفراء والعادة ان لايكون هذا التلون مستويا بل مبقعا وبالبحث المكرسكوبي على حسب ماقرره المعلم (فريركس) يكون تارة تحصل الخلايا الكبدية ذالون أصفر باهت وتارة ذالون مسمر بجمنتي ذانويات رقيقة ومتى استمر الداء زمنا توجد الخلايا الكبدية محتوية على مادة بجمنتية أكثر صلابة مائلة للصفرة أوصفراء محمرة أو مخضرة وهذه الخلايا المحتوية على المادة البجمنتية تكون مرتكزة بكثرة حول الاوردة المركزية والكبد المتزايد في الحجم تزايدا عظيما بسبب احتباس الصفراء يمكن أن يتناقص حجمه بل يضمر ولو لم يزل المانع العائق لاستفراغ الصفراء وهذا العضو عند مايعتريه صغر الحجم يصير ذالون اخضر داكن بل مسود وتفقد كثافته فيصير رخوا وحينئذ في هذه الحالة لابد وأن تغذية الخلايا الكبدية يعتريها التغير بسبب ضغط الاوعية الدموية المتمددة عليها والمسالك الصفراوية بل ومن الضغط الواقع عليهامن الصفراء المتراكمة فيها وبالبحث بالمكرسكوب يرى أن معظم هذه الخلايا متلاش ومستحيل الى مادة ذات نويات رقيقة جدا

ويسهل معرفة التغير اليرقاني في جميع الاعضاء والسوائل في جثة الاشخاص الهالكين فانه بقطع النظر عن التلون الخاص بالجلد والصلبتين والبول الذي سنذكره فيماسيأتي عند الكلام على اعراض هذا المرض عند فتح الجثة يتضح

تلوّن ليموني في الشحم والمنسوج الخلوي تحت الجلد والترب والتامور وغير ذلك والسائل الموجود بين صفيحات هذا الغشاء كالموجود في البليورا والتامور ويظهر التلون الليموني أيضا ماعدا المخ والنخاع الشوكي فانهما لا يظهران التلون الليموني الا نادرا جدا وأما الكليتان فيظهر فيهما التلون الاصفر الليموني ظهورا واضحا

(الاعراض والسير)

تكاد تسبق العلامات الواصفة لامتصاص الصفراء بظواهر مرضية سابقة وهي عبارة عن اعراض المرض الذي يؤدي الى تضايق المسالك الصفراوية او انسدادها او الذي يحدث تناقصا في الضغط الجانبي للدم الواقع على اوعية الكبد وفي الغالب يسبق اليرقان باعراض النزلة المعدية الاثني عشرية وامتصاص الصفراء يعقب بسرعة المانع العائق لاستفراغ هذا السائل بحيث ان المادة الملونة للصفراء تظهر في البول بعد أربع وعشرين ساعة (بل ان هذه المادة طبقا لتجارب سندرس وأوديجنا تظهر في البول بعد ساعتين أو أربع عقب ربط القناة الصفراوية من الكلاب)

وأما اعراض اليرقان نفسه فانها تتضح بعد يومين او ثلاث فالجلد يكون تارة قليل الاصفرار وتارة شديده بحيث يكون زعفراني اللون ثم فيما بعد قد يكتسب لونا أصفر مسمرا أو أخضر مسمرا وذلك في أحوال اليرقان الشديد جدا المعروف باليرقان العسلي وهذا التلون اليرقاني يكون كثير الوضوح جدا في أجزاء الجسم ذات البشرة الرقيقة القليلة التلون والتي تتضح من خلالها الطبقات الغائرة من الشبكة الملبيجية التي هي المجلس الاعتيادي للمادة الملونة وذلك كالجبهة والوجنتين غير المحمرتين وجلد الصدر ومن العلامات الواصفة لليرقان المهمة في التمييز بين التلون اليرقاني للجلد عن غيره من أشكال تراكم المواد الملونة فيه هو التلون المصفر للغشاء الملتحمي المغطي للصلبة فانه في الحالة المشكوك فيها لو أمر المريض بالنظر الى أعلى عند خفض الجفن السفلي لشوهد فحو دائرة المقلة الآثار الاولية من اليرقان المبتدئ والتلون المصفر للجلد والصلبة يزول بالكلية في ضوء نحو المصباح والشمع بحيث لا يمكن معرفة اليرقان في وقت المساء وكذا تلون الاغشية

المخاطية المدركة للنظر يتحقق من وجوده عند دفع الدم من الشفتين أو اللثة عند الشخص المصاب بالبرقان بواسطة ضغط الاصبع وذلك انه يشاهد حينئذ بقعة مصفرة غير باهتة والبول يكون تارة أصفر مسمرا كالبيرة الخفيفة وتارة اسمر دا كنا كالبيرة الكثيفة وعند تعرضه للهواء وتركه يكتسب لونا مخضرا وعند رج البول البرقانى يشاهد الزبد المتكون فيه متلونا قليلا بالصفرة وتارة بالصفرة الناصعة وعند غمر شريط من القماش الابيض فيه أو من ورق الترشيح يكتسب لونا مصفرا وهذه التجربة تكفى بانفرادها فى تمييز المادة الملونة للصفراء عن المادة الملونة للبول

وهناك تجربة آكد من هذه وهى اضافة قليل من حمض النتريك المحتوى على قليل من حمض النتروز الى البول فباضافة هذا الجوهر يشاهد أن اللون الاسمر للمادة الملونة للصفراء ينتقل تدريجا الى اللون الاخضر ومنه الى الازرق ومنه الى البنفسجى ومنه الى الاحمر ومنه اخيرا الى الاصفر الباهت ولاجل جودة مشاهده تغير اللون المذكور يوضع البول فى كوبة مستطيلة من البلور أو فى أنابيب الكشف المحتوية على حمض النتريك بان يصب البول المراد البحث عنه فيها مع الاحتراس حتى يجرى سائلا على جدرها فيبقى على سطح الحمض ولا يختلط به الامع التدريج وحينئذ ينبغى ترك الانبوبة للراحة زمنا قليلا فتشاهد الالوان المختلفة السابق ذكرها أعلى الحمض متى كان البول محتويا على المادة الملونة للصفراء وهذه التجربة لا تنجح بالكلية متى بقى البول معرضا للهواء مدة طويلة من الزمن واكتسب التلون المخضر ومع ذلك فقد ذكر (فريركس) ان هذه التجربة لا تنجح احيانا فى البول الحديث وتنجح عند مكثه زمنا طويلا معرضا للهواء وبالجملة نذكر هنا انه ليس من النادر مشاهدة تغير اللون من الحمرة الى الخضرة فى البول الغير المحتوى على الصفراء ولو بكيفية واهية لكن لا يشاهد فيه التلون المزرق والبنفسجى ولاجل معرفة وجود حوامض الصفراء فى البول التى يندر أن تفقد عند وجود المادة الملونة للصفراء فيه ينبغى تصعيد جزء من البول فى حمام مائى حتى يجف متحصله ثم يحل متحصل ذلك فى الكوول ويصعد ثانيا ثم يحل المتحصل فى قليل من الماء وحينئذ تفعل تجربة (بيتن كوفر) فى انبوبة كشف

بان

بان يضاف اليه ابتداء نقطتان او ثلاثة من محلول السكر (المأخوذ من جزء من السكر على اربعة اجزاء من الماء) ثم حمض الكبريتيك النقى المركز ويرج السائل الموجود فى الانبوبة فعند رجه تكتسب بالتدريج لونا احمر كرزيا ثم لونا بنفسجيا والمعلم (هوبسيلر) له الفضل فى بيان خطا القائل بان البول فى أحوال اليرقان يحتوى على المادة الملونة للصفراء لا على حوامضها وبالجملة تنبه على انه طبقا للتجارب (نوت ناجل) يوجد فى البول فى احوال اليرقان الشديد انابيب (بدون مادة زلالية) وفى جميع هذه الاحوال يحتوى البول ايضا على حوامض الصفراء

زيادة على ذلك توجد المادة الملونة للصفراء فى عرق المصابين باليرقان تكسب ثيابهم لونا مصفرا يتضح بكثرة فى المحال التى يكثر فيها التبخير الجلدى وكثيرا ما وجد التلون المصفر أيضا فى لبن المرضعات

وفقد لون مواد البراز فقدا مستمرا وتاما من عرق انصباب الصفراء فى معى المصابين باليرقان من الظواهر الكثيرة الوضوح فانه متى حصل انسداد غير تام فى القنوات المفرزة للصفراء او احتباس جزئى فى هذا السائل اكتسبت المواد البرازية لونا ترابيا ولونا كلون الطفل الابيض متى كان كل من القناة الكبدية والصفراوية منسدا بالكلية ويبس المواد البرازية وبطء سيرها ينسب عادة لفقد رقة متحصل المعى بانصباب الصفراء فيها وحيث ان كمية الصفراء المنصبة فى المعى فى ظرف ٢٤ ساعة كيلوجرام واحد فمن ذلك يتضح لماذا ان المواد الثفلية زيادة عن فقد تلونها تكون جافة ومن جهة أخرى حيث انه بسبب عدم وصول الصفراء الى المعى امتصاص الشحم لا يتم او بالاقل يتناقص تناقصا عظيما كما اثبتت لنا الفسيولوجية ذلك فبهذا يتضح ايضا كثرة احتواء البراز عند المصابين باليرقان على المواد الشحمية وبالجملة فحيث يظهر أن تأثير الصفراء على متحصل القناة المعوية يمنع فسادها وتعفنها فمن الواضح ان المرضى الذين لا تنصب الصفراء عندهم فى القناة المعوية يعتريهم حالة قراقر فى البطن والغازات التى تخرج منها هى والمواد الثفلية تكون منتنة للغاية

ويشاهد عند أغلب المرضى المصابين بيرقان عقب احتباس الصفراء مع

التلون اليرقانى للجلد والصلبتين والبول والعرق واللبن وفقد تلون المواد البرازية وجميع المكابدات الناتجة عن عدم انصباب الصفراء فى المعى نحافة واضحة وهبوط زائد وحالة تنعس وحيث انه عند امتناع وصول الصفراء الى المعى لم يزل ينهضم كل من المواد النشوية والازوتية فالنحافة لا يمكن توجيهها الا بعوق امتصاص المواد الشحمية خصوصا فى الاحوال التى فيها لم يكن احتباس الصفراء مضاعفا بحالة نزلية معدية معوية وهنالك ظاهرة أخرى تنضم لنحافة المرضى المصابين باليرقان وهبوطهم وهى بطء النبض فان المرضى المصابين باليرقان يكون نبضهم بطيئا وقد ظن بانه لا يحتاج فى تفسير هذه الظاهرة الى القول باختلاط الدم مع عناصر الصفراء وتشبيه تأثير هذه العناصر فى دورة الدم بتأثير الديجتالا وذلك لان الاشخاص الذين يعالجون بالجوع العظيم والذين يكونون فى نقاهة بعض الامراض الثقيلة يكون نبضهم بطيئا جدا بعد زوال الحمى ومع ذلك فالتجارب المهمة للمعلم (رورج) أثبتت أن بطء النبض عند الاشخاص المصابين باليرقان يتعلق ولا بد بوجود حوامض الصفراء فى الدم

وعن ذلك يقال فى الاكلان المتعب للجلد الذى يحصل منه للمرضى المصابين باليرقان تعب عظيم وقد أراد بعض الاطباء توجيه هذه الظاهرة بجفاف الجلد وتحولته فان الضمور الشيخوخى يشاهد فيه ظاهرة مشابهة لذلك ومع هذا فكثرة مشاهدة أكلان الجلد فى اليرقان وقلة مشاهدته فى الضمور الشيخوخى يعضد ان القول بأن هذا الاكلان فى اليرقان ناتج عن تهيج التفريعات العصبية الجلدية بالمواد الملونة للصفراء المتراكمة فى الشبكة الملبيجية

وكذا (الاكسنتبسى) أعنى رؤية الاشياء متلونة باللون الاصفر تعد ظاهرة نادرة المشاهدة فى اليرقان وقد وجهه بعضهم بتلون الاوساط الشفافة للعين باللون الاصفر وبعضهم باضطراب عصبى

(السير والانتهاء)

سير هذا المرض وانتهاؤه يتعلقان غالبا بسرعة تبعيد العوائق المانعة لاستفراغ الصفراء او بطئها او عدم امكان ذلك ففى الحالة الاولى اعراض احتباس الصفراء تزول بسرعة بعد تبعيد السبب الموجب لاحتباسها

وينتهى المرض بالشفاء فيبتدئ تلوّن المواد البرازية بالصفراء ثم يزول اللون الداكن للبول والظواهر المتعلقة بتشرب المنسوجات بسائل غذائى متلوّن بالمادة الملوّنة للصفراء وأما التلوّن البرقانى للجلد فيتأخر زواله خصوصا اذا كانت البشرة سميكة وان كان موجودا تمدد فى الكبد وقت وجود العائق المانع لاستفراغ الصفراء يزول هذا العرض شيأ فشيأ كبقية الاعراض متى عادت الصفراء لسيرها الطبيعى كما ان كلا من قوى المريض وتغذيته يعود الى حالته الطبيعية بسرعة

واذا استمر احتباس الصفراء زمنا طويلا جدا أو كان ناتجا عن عوائق لا يمكن ازالتها وصل البرقان الى أشد الدرجات واضطربت تغذية المريض جدا بحيث يمكن أن يهلك أخيرا من النهوكة والارتشاحات المصلية وفى أحوال نادرة قد يسرع الانتهاء المحزن بظهور أنزفة معدية معوية وهذا العارض حصوله بنفس الكيفية التى يحصل بها فى سيروز الكبد وفى الالتهاب الوريدى البابى فان انضغاط الاوعية الشعرية الكبدية بالقنوات الصفراوية المتمددة يعوق سير الدم فى الاوعية المعدية والمعوية مثل ما يحصل فى هذين المرضين الاخيرين أعنى من انضغاط الاوعية الكبدية بالمنسوج الخلوى المنكمش أو من انسداد الوريد البابى عقب التهابه وزيادة على هذه الاسباب الميخانيكية العائقة لاستفراغ الدم يوجد سبب آخر يوجه به حصول هذه الانزفة وهو اضطراب التغذية للاوعية الشعرية المعدية المعوية ألا ترى انه فى البرقان كثيرا ما تظهر انزفة اخرى خصوصا فى الجلد على هيئة الكدم واللطخ

وهناك مضاعفة اخرى مهمة وهو ظهور اضطرابات عصبية خطرة مدة سير البرقان وقد تبتدئ هذه الاضطرابات احيانا بالهذيان أو التشنجات لكن الغالب تسلطن ظواهر شللية فالمرضى تقع فى حالة تنعس شديد ثم تهلك فى حالة خمودية وهذه الاضطرابات العصبية معروفة من قديم بانها تدل على انذار خبيث وقد وجهها بعضهم بكيفيات مختلفة وفى العصر المستجد وجهت بالتأثير المسم لحوامض الصفراء على الدم فانه بحقنها فى دم بعض الحيوانات أمكن احداث ظواهر تسممية دالة على شلل المجموع العصبى

ثم ان البحث الطبيعى فى الاحوال الخفيفة للبرقان واحتباس الصفراء لا يثبت

به تمدد جم الكبد واتفاخه وأما فى الاحوال الثقيلة كالتى تشاهد عند الانسداد الكلى للقنوات الكبدية والصفراوية فيتضح لنا فيها بالقرع واللمس تزايد عظيم فى جسم الكبد فيظهر ان سطحه املس متزايد فى القوام وتتضح حافته المقدمة وعند انسداد القناة الصفراوية انسدادا كليا يمكن الاحساس بالحويصلة المرارية الزائدة التمدد وان تناقصت اصمية الكبد بدون تناقص فى اليرقان كان هذا من العلامات الرديئة فان ذلك يدل على ضمور تابعى فى الكبد

(المعالجة)

ليس لمعالجة احتباس الصفراء نجاح عظيم الا فى الاحوال التى فيها يمكن ازالة السبب الاصلى ولذا ليس لنا قدرة على ازالة احتباس الصفراء الناتج عن أغلب امراض الكبد كحويصلاته الديدانية وسرطانه وسيروزه واما الاحتباس الصفراوى الناتج عن آفات فى المسالك الصفراوية فالغالب ان تكون معالجته كثيرة النجاح والوسايط العلاجية المشهورة بانها مضادة لليرقان هى التى لها تأثير جيد فى امراض المسالك الصفراوية كما سيأتى بيان ذلك وهذه الوسايط اهمها استعمال مياه كارلوس باد فان هذه الينابيع الطبيعية ذات شهرة عظيمة فى معالجة اليرقان فكثيرا ما يرى شفاء المرضى المصابين باليرقان الشديد فى زمن قليل عقب استعمال مياه هذه الينابيع الطبيعية خصوصا فى الاحوال التى فيها يكون اليرقان متعلقا بحالة نزلية فى المسالك الصفراوية او بانسداد هذه المسالك بواسطة الحصوات الكبدية واما ان توجهت المرضى الى كرلوس باد وكانت مصابة بانسداد غير قابل للشفاء فى المسالك الصفراوية فان حالة يرقانها لا تحسن باستعمال مياه تلك الينابيع بل انها تهلك هنالك بسرعة فانه بازدياد افراز الصفراء تزداد ظواهر احتباسها ويسرع ذوبان الحويصلات الكبدية أكثر مما اذا لم تستعمل تلك المياه وكذا استعمال حمض النتريك الممزوج بحمض الكلور وردريك من الباطن والظاهر والزئبق الحلو والخلاصات المرة والمحللة والمقيئات والمسهلات ليس له تأثير جيد فى شفاء اليرقان ما لم يمكن اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية

واذالم يمكن تبعيد السبب العائق لانصباب الصفراء فى القناة الهضمية فليس لمعالجة المرض الاصلى وسايط مخصوصة بمعنى اننا اذا لم تنجح فى اتمام دلالات المعالجة السببية ليس لنا قدرة ايضا على اتمام ماتستدعيه معالجة المرض نفسه واما المعالجة العرضية فاول ماتستدعيه هو معالجة اضطراب التغذية وضعف المريض الناتجين عن احتباس الصفراء فيؤمر باستعمال اغذية لطيفة مقوية كالامراق المركزة وخصوصا اللحوم المحمرة الباردة والشوربات القوية ويمنع من استعمال الجواهر الشحمية حيث تكاد لاتمتص عند عدم انصباب الصفراء فى القناة الهضمية وذلك كالامراق الدسمة والمسلى (أى السمن) ونحو ذلك وهذا الامر مهم الاتباع فى معالجة هذا المرض سواء كانت المعالجة فى بيوت المرضى اوفى المارستانات اوفى محلات الينابيع الطبيعية السابق ذكرها كما أنه ينبغى مضاربة الامساك الذى يعترى اغلب المرضى المصابين بالبرقان الناتج اما عن جفاف المواد البرازية اوفقد المنبه الطبيعى الذى تحدثه الصفراء فى الغشاء المخاطى للقناة الهضمية وانما ينبغى تجنب استعمال المسهلات الملحية ويفضل عنها فى الاستعمال المسهلات الزئبقية اوالمسهلات القوية الخفيفة كمنقوع السنا المكى المركب (المعروف بالجرعة المسهلة لوبينا) وخلاصة الراوند المركبة المحتوية على خلاصة الصبر وحيث ان جزأ عظيما من الموادالملونة للصفراء ينقذف مع البول جاز استعمال مدرات البول لاجل مساعدة زوال البرقان وذلك كالطرطير الذائب وخلات البوتاسا وكربوناتها وتستعمل هذه الجواهر خصوصا عند احتباس البول الذى هو أحد اعراض البرقان اى عندما تكون القنوات البولية منسدة بتراكم المادة الملونة للصفراء كما قاله (فريركس) فانه بازدياد الافراز البولى يمكن قذف هذه المواد ودفعها من القنوات البولية ويستعمل ضد الاكلان الجلدى المتعب وزوال البرقان من الجلد الذى يبقى احيانا زمنا طويلا بعد زوال احتباس الصفراء الحمامات الفاترة والجارية والصابونية والبوتاسية فان نتيجتها سرعة انقذاف البشرة الجلدية

(المبحث الثالث عشر)

(فى البرقان الدموى اى الغير المصحوب احتباس فى الصفراء

المعروف بالبرقان الكيماوى)

(كيفية الظهور والاسباب)

قد استبان للاطباء من منذ زمن طويل انه يوجد أحوال من البرقان فيها لايكون عائق ميخانيكى مانع لاستفراغ الصفراء ويحدث لاحتباسها تبعا لذلك والاجتهاد فى توجيه البرقان فى مثل هذه الاحوال بتشنج فى المسالك الصفراوية ونسبته لذلك لم يصادف محلا وحيث ان المسالك الصفراوية تشتمل على الياف عضلية كما اثبته (لوشكا) فلايمكن رفض القول بانه قد يحصل فيها انسداد وقتى بواسطة انقباض تشنجى فيها ليس من القريب للعقل ان الانقباض التشنجى يستمر زمنا طويلا جدا تبعا للتجارب الفسيولوجية حتى ينتج عن التشنج درجة عظيمة من الاحتباس الصفراوى به تنتقل الصفراء من المسالك الصفراوية الى الاوعية الدموية واللينفاوية فينشأ عن ذلك ظواهر برقانية وعلى هذا فوجود البرقان التشنجى أمر مشكوك فيه جدا وليس قريبا من العقل

كما انه يبعد عن العقل جدا ان الصفراء تجهز وتتكون فى بعض الاحوال بكمية عظيمة جدا بحيث لاتكفى المسالك الصفراوية فى نقلها واستفراغها وان ازدياد تكون الصفراء يؤدى لحصول البرقان بدخول جزء من هذا السائل المتكون بكمية عظيمة جدا فى الاوعية الدموية واللينفاوية

ولذا صار التعويل على الرأى القائل بانه يوجد نوع آخر من البرقان يتكون فى الدم نفسه وارتكنت هذه النظريات ابتداء على تجارب المعلم (وربحوف) التى أثبت بها ان المادة الملونة للدم قد تعتريها استحالة شبيهة بالمادة الملونة للصفراء وسماها بالهيماتودين وزعم هذا الاخير أيضا ان الاستحالة المذكورة للمادة الملونة للدم يمكن حصولها فيه وهو فى دورته عقب تلاش ممتد وفساد عظيم فى الكرات الدموية وساعد فى تقوية هذه النظريات القائلة بالبرقان الدموى اشتغال كل من المعلم (زنكر) و (رافنكى) و (والتنبنر) و (كيل) و (ليدن) وغيرهم بحيث انه فى زمن قريب عد من جملة البرقان الدموى أشكال عديدة من البرقان ذات وصف عام مشترك بينها وهو انه يصل فيها الى الدم جوهر متكون اما فى هذا السائل او آت من الخارج فيفسد ويبدد

جزأ عظيما من الكرات الدموية ويحيل المادة الملونة للدم السائبة الى المادة المسمرة الملونة للصفراء المسماة بالبيلير وبين فن ذلك اليرقان الدموى الناتج عن حقن الصفراء أو حوامضها التى ثبت تأثيرها المفسد للكرات الدموية بالتجارب الفسيولوجية لكل من (دوش) و (هوبنفلد) ومن ذلك أيضا اليرقان الناشئ عن حقن كمية عظيمة من الماء فى الدم وعقب استنشاق الايتير والكلوروفوم وعض الافاعى والتسمم بحمض الفوسفور والمصاحب لكثير من الامراض المصحوبة بتسمم عظيم فى الدم كبعض أحوال البييميا اى التسمم الصديدى للدم والتيفوس والحمى النفاسية والصفراوية وبالجملة فقد ذهب بعضهم الى ان كلا من يرقان المولودين جديدا والناتج عن انفعالات نفسية يعد من هذا القبيل أيضا

لكن الاستكشافات المستجدة قد احدثت نقصا عظيما فى عدد أشكال اليرقان الدموى وذلك ان كثيرا من اشكال اليرقان التى كانت تعتبر من ضمن اليرقان الدموى تعد الآن من جملة أشكال اليرقان الامتصاصى خصوصا من منذ ماثبت انه يوجد خلاف اليرقان الاحتباسى فى الكبد يرقان يظهر انه ناتج عن تناقص الضغط الجانبى للدم فى الوريد الباب وأمكن بذلك توجيه بعض من أشكال اليرقان التى كانت خفية علينا ولقد حصل أيضا تناقض واضطراب فى النظريات المؤسس عليها اليرقان الدموى من منذ ماضارب المعلم (لايدن) العلامة الاكلينكية المعلومة فى هذا الشكل وهى فقد وجود الحوامض الصفراوية من البول على الدوام وذكر (نونين) انه يوجد فى اليرقان المسمى باليرقان الدموى خصوصا عند المصابين بالتسمم الصديدى للدم حوامض صفراوية فى البول وكذا القول باليرقان الدموى عقب حقن الماء فى الدم لم تؤيده التجارب التى فعلها (استينر) فى الارانب التى لم يثبت بها ان المادة الملونة للدم لم تستحل الى مادة ملونة للصفراء عقب حقن الماء بكمية عظيمة ومع هذا ففى أحوال عديدة لانشك فى الطبيعة الدموية لهذا اليرقان انما فى هذه الاحوال المذكورة يبقى عندنا بعض تغيهب هل الناشئ عن استحالة المادة الملونة للدم مادة ملونة مسمرة للصفراء او جسم مشابه لها فى اللون ومخالف فى الخواص الكيماوية وهل استحالة المادة الملونة للدم

تحصل فى الدم نفسه او فى المنسوجات المتشربة للدم والمادة الملونة له والمتشبعة بهما والامر الاخير ان ساغ امكن منه وضوح و بيان انه فى اليرقان الدموى يمكن فقد المادة الملونة للصفراء فى البول

(الصفات التشريحية)

اما اليرقان الغير الناشئ عن تشرب الصفراء وامتصاصها فمن النادر أن يرتقى الى درجة عظيمة فيوجد فى الجثة غالبا تلون خفيف فى الجلد والطبقة الشحمية وباقى المنسوجات ومن المهم بالنسبة للتشخيص التشريحى لليرقان الدموى وتمييزه عن اليرقان الكبدى ان الكبد فى الاول لا يكون تلونه اليرقانى أوضح وأشد من باقى الاعضاء بخلافه فى الثانى فان علامات امتصاص الصفراء فى الكبد يزيد اتضاحها وظهورها وأما كل من تلون متحصل المعى بالصفراء ووجود المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة لها على حالة سلامة وسلوك فليس مثبتا لوجود اليرقان الدموى فان ذلك هو الواقع فى اليرقان الكبدى الناتج عن تناقص فى الضغط الجانبى للدم فى الوريد الباب وزيادة على ذلك ينبغى التأنى والتوقى عند الحكم على سلامة المسالك الصفراوية وسلوكها حتى لا نقع فى الخطا فان الامر المعلوم من ان الضغط على الحويصلة الصفراوية الذى يمكن به دفع بعض نقط من الصفراء الى القناة الصفراوية والاثنى عشرى لا يثبت ثبوتا كافيا سلوك هذه القناة مدة الحياة فان هذه التجربة لا يندر ان تنجح فى الاحوال التى فيها يستنبط من وجود سدة متكونة من مواد مخاطية سنجابية و بشرية فى الجزء الاثنى عشرى من القناة الصفراوية ومن فقد تلون متحصل المعى فقدا تاما وجود التهاب نزلى فى القناة الصفراوية و يرقان كبدى مع التأكيد والفضل لكل من المعلم (بول) و (ليبرميستر) فى بيانه للتغيرات التى تحصل فى الكبد وفى غيره من اعضاء الجسم فى أحوال اليرقان الدموى والتغيرات التى تحصل فى الحويصلات الكبدية وفى الطبقة البشرية من القناة البولية تبعا للثانى منهما عبارة عن تراكم عظيم من نقط صغيرة دقيقة شحمية أو من مادة عكرة يظهر انها زلالية فى باطن تلك الخلايا تارة و تارة تكون الخلايا مكابدة للتلاشى وفساد عقب تشربها الكرات صغيرة شحمية عديدة ولقد شوهدت تغيرات مماثلة لذلك

فى الجوهر العضلى من القلب فهذه التغيرات الجوهرية تبعا لما علم (ليبرميستر) لكل من الكبد والكليتين والجوهر العضلى من القلب تدل على انه بتأثير السبب المضر الذى احدث تلاشيا فى الكرات الدموية بمعنى تغير جوهرى فى الدم تحدث أيضا تغيرا مشابها لذلك فى الاجزاء الجامدة من المنسوجات

(الاعراض والسير)

اليرقان الدموى يكون كما ذكرنا عرضا من اعراض أحد الامراض التسممية الثقيلة فالاعراض الموجودة حينئذ تخص المرض الاصلى لا اليرقان نفسه ولذا لا يمكن وصفه على حدته والامور التى يترتب عليها تمييز اليرقان الدموى عن الكبدى قد سبق ذكر معظمها و وجود مرض من الامراض التسممية المنتشرة الحادة مع فقد علامات مرض من أمراض البطن المؤثرة فى الكبد يقرب من العقل ان اليرقان الموجود من الجائز ان نوعه دموى و يقوى ذلك اذا كانت المواد البرازية غير فاقدة تلونها الصفراوى وكان التلون الصفراوى للجلد والاغشية المخاطية زائدا عن احتواء البول على المادة الملونة للصفراء وكانت حوامض الصفراء مفقودة من البول بالكلية لكن جميع هذه العلامات لا يؤكد لنا حقيقة التشخيص ولا يجوز نسبة الانتهاء المحزن فى كثير من أحوال اليرقان الدموى لتلاشى عدد عظيم من الكرات الدموية فقط بل ولثقل المرض الاصلى وخطره وللاستحالة الجوهرية المتقدمة فى الكليتين والكبد والجوهر العضلى من القلب ونحو ذلك

(المعالجة)

اليرقان الدموى لا يحتاج لمعالجة مخصوصة فانه يزول بزوال المرض الاصلى الناتج هو عنه ومما يتأسف عليه عدم قدرتنا على ذلك فى كثير من الاحوال والذى يلتجأ اليه فى أحوال اليرقان الدموى فى أثناء سير الامراض المصحوبة بحمى ثقيلة هى المعالجة المضادة للحمى

(المبحث الرابع عشر)

(فى الضمور الاصفر الحاد للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

فى الضمور الحاد الاصفر للكبد الذى هو مرض لم يزل منبهما علينا وليس له مشابه فى الامراض يصير الكبد فى زمن قليل صغير الحجم رخوه هشا وبالبحث بالمكرسكوب عن أجزاء هذا العضو الضامر المسترخى يوجد معظم الخلايا الكبدية متلاشيا منفسدا

ثم ان الاجتهاد فى توجيه طبيعة هذا المرض أدى لنظريات عديدة فبعض المؤلفين يزعم ان السبب الرئيس فى فساد الحويصلات الكبدية هى حالة افراز الصفراء بمعنى ان تلاشى الكبد يكون ناتجا عن تأثير افراز الصفراء المتزايد جدا تزايدا غير طبيعى ويوجه ذلك باضطراب عصبى فى هذا العضو وبعضهم يزعم ان السبب فى حصول هذا المرض هو تراكم الصفراء فى الكبد بسبب وجود عوق مانع لاستفراغها مع انه يندر وجود سبب عائق من هذا القبيل ففى الغالب توجد المسالك الصفراوية اما فارغة أو ممتلئة بمواد مخاطية

والمؤلفون الاخيرون من الاطباء يعتبرون الضمور الاصفر للكبد انه شكل مخصوص من الالتهاب الكبدى وفى الحقيقة كل من السير الحاد لهذا المرض والتهتك السريع الممتد الذى يعترى الخلايا الكبدية يدل على أن التغير الحاصل فى الكبد انما هو التهابى وزيادة على ذلك فقد وجد الشهير (فريركس) فى عدة جثث فى أجزاء الكبد التى فيها يكون التغير الالتهابى قليل الامتداد احتقانا بل ونضحا التهابيا سائبا محيطا بجزائر الكبد ثم انه بقطع النظر عن هذا النضح الكائن بين الخلايا غير القار نعتبر ولابد الضمور الكبدى الحاد الاصفر من جملة الالتهابات الجوهرية أعنى شكلا من الالتهابات التى فيها لا يحصل نضح التهابى سائب بين جزيئات المنسوجات بل التى فيها جزيئات المنسوجات نفسها يحصل فيها انتفاخ ثم تلاش جوهرى عنصرى عقب تشرب بها المادة يظهر انها زلالية وهذا الرأى الذى قال به (ليبرميستر) وعضده وبينه بالكيفية المذكورة ممكن غاية ما هنالك يعترض عليه بان سير الالتهابات الجوهرية فى غير هذا العضو من الاعضاء كالكليتين مخالف لما هو مشاهد فى هذا المرض وانه لا يوجد مطلقا التهاب جوهرى فى عضو من الاعضاء فيه تتلاشى عناصره الجوهرية بسرعة كما يشاهد ذلك فى الضمور الاصفر

الحاد للكبد

ثم ان هذا الضمور وان اعتبره بعض المؤلفين مرضا موضعيا (التهابيا اوغير التهابي) يعتبره بعض الاطباء المؤلفين تغيرا موضعيا تابعا لتغير عمومي بنبي ثقيل فكثير من الاطباء من ذهب الى ان هذا التغير البنيي ناتج عن تأثير جوهر سمي منتشر لكن المنصوص عليه بكثرة من ان الضمور الاصفر الحاد للكبد مماثل لاستحالة الكبد الشحمية الناتجة عن التسمم بالفوسفور ولم يصادف محلا بل أذى لاختلاطات عديدة فان الظاهر ان تشحم الكبد الفوسفوري عبارة عن ارتشاح شحمي عظيم فى الكبد بدون تلاش وفساد فى جوهره بخلاف ضموره الحاد فانه عبارة عن انتفاخ فى الخلايا الكبدية يؤدى لسرعة تؤدى لتلاشيها ومع ذلك تحصل الاستحالة الشحمية حينئذ وكذا الاجتهاد فى نسبة هذا الضمور الى تسمم ثقيل بواسطة الحوامض الصفراوية قابل لاعتراضات كثيرة فان درجة اليرقان الخفيفة التى تشاهد فى معظم الاحوال تنافى تلك النظريات فانه من القضايا المسلمة ان الحكم فى كثرة امتصاص الصفراء اوقلته مبنى ولابد على خفة التلون اليرقانى اوشدته وحيث انه بدرجة التلون اليرقانى يحكم على كمية المادة الملونة من الصفراء الممتصة فبهذا يجوز الحكم أيضا على كمية الحوامض الصفراوية الممتصة وقد شوهد هذا المرض ناتجا عن بعض الامراض التسممية الحادة كالتيفوس والتسمم الصديدى من الدم والداء الزهرى وربما نسب هذا المرض فى بعض أحوال الحمل لموت الجنين والتسمم العفن من الدم الناتج عن ذلك لكن المصابات من النساء بذلك كانت من قبل سليمة وفى الظاهر مصابة بحالة يرقانية نزلية

ثم ان الضمور الذى نحن بصدده يحصل غالبا فى الزمن المتقدم من سن الشبوبية وفى ابتداء سن الكهولية وهو مرض نادر جدا حتى ان بعض الاطباء المشتغلين بالطب العملى من منذ زمن طويل لم يشاهدوه والنساء أكثر اصابة به من الرجال وهذا يوجه بوجود استعداد مخصوص لهذا الداء عندهن فى زمن الحمل والنفاس بحيث ان ثلث جميع ماشوهد من أحوال هذا المرض من هذا القبيل كما ذكره (فريركس) والمؤلف المذكور نبه على

طرو ارتشاح الكبد والكليتين فى أثناء الحمل عادة زلالية حبيبية وذكر أن هذا الارتشاح بتأديته لاستحالة شحمية للخلايا الغددية يكون سببا فى حصول مرض الكبد الذى نحن بصدده وفى داء بريكت عندهن وفى كثير من الاحوال لا يعلم السبب المتمم او أن معلوميته تكون مجرد زعم ومع ذلك فكثير من المؤلفين يقول بحصول هذا المرض بواسطة الانفعالات النفسية والفزع والغضب الشديدين وبعض الاحوال المنتهية انتهاء محزنا التى هى فى أثناء تسلطن اليرقان تسلطنا وبائيا انما هى عبارة عن تسمم صفراوى ثقيل للدم فلا تعد من قبيل هذا المرض

(الصفات التشريحية)

يكون حجم الكبد فى الاحوال الثقيلة من هذا المرض متناقصا تناقصا عظيما جدا بحيث يكون أقل من نصف حجمه ويعتريه كذلك تفرطح بسبب تناقص قطر سمكه وطبقته المصلية تكون قليلة التوتر بل كثيرا ما تكون ذات ثنيات والعضو بتمامه يوجد رخوا كابيا وساقطا جهة الجدار الخلفى من البطن ولونه أصفر فاقعا وعند شق هذا العضو يشاهد تبعا لما ذكره (زنكر) جزآن مختلفا الهيئة فى جوهر الكبد فجزء منهما يكون فاقع الاصفرار كلون الصمغ النقطى (وهو أشد درجة من اليرقان الكبدى) ولم يشاهد فيه الصورة القصيصية من الكبد ويكون مع ذلك مسترخيا جدا لينا اسفنجيا يرز عند شقه والجزء الآخر يكون بخلاف ذلك أحمر مزرقا بدون تلون يرقانى ويكون أملس عند شقه ولا يرز بل يكون متماسكا مرنا ويكون كذلك متناقصا فى الحجم جدا وقد عبر (زنكر) عن هذين الجوهرين بالجوهر الاصفر والجوهر الاحمر وقد اعترف المذكور ان هنالك أحوالا يشاهد فيها جميع الكبد مكتسبا لصفة الجوهر الاصفر فقط لكن الجوهران المذكوران يكونان تبعا له دورين مختلفين من تغير مرضى واحد بمعنى ان الجوهر الاحمر يكون الدور المتقدم جدا من الضمور الحاد الاصفر من الكبد وبالبحث المكرسكوبى عن الجوهر الاصفر يشاهد تلاش تام فى الخلايا الكبدية بحيث ان متحصل هذا الفساد المتكون معظمه من نقط شحمية صغيرة يغطى باقى أجزاء جوهر هذا العضو (كالاوعية والمنسوج

الخلوى) ومع ذلك توجد أحوال فيها يكون المتحصل الشحمى قليلا وأخلية الكبد لم تزل محفوظة نوعا وممتلئة بمادة حبيبة وأما الجوهر الاحمر ففيه تفقد الخلايا الكبدية بالكلية بل ولا يوجد له متحصل فساد ويشاهد عند البحث المكرسكوبى عنه جوهر أصلى باهت متجانس مخطط اوليفى خال من النويات ويكون مرصعا بجزيئات شحمية متفاوتة الكمية لكن تكون على الدوام صغيرة جدا ولا يوجد فى هذا الجوهر أدنى تلون يرقانى وانما يوجد فيه بعض بلورات هيماتودينية صغيرة جدا بخلاف الجوهر الاصفر فانه يوجد فيه أخلية كبدية واضحة أو يكون متحصل فسادها متلونا بلون باهت أو أصفر داكن بواسطة المادة الملونة للصفراء المنتشرة فيه وزيادة على ذلك يوجد فيه بعض جزيئات متلونة بلون أصفر فاقع ومحتوية على كمية عظيمة من بلورات هيماتودينية مربعة معينية أى على شكل مربع معين وكل من المسالك الصفراوية والحويصلة الصفراوية يشتمل على كمية من افراز مخاطى والمواد الثفلية تكون غالبا قليلة التلون وكثيرا ما يكون متحصل المعى دمويا وفى الغالب يكون الطحال متمددا وكثيرا ما توجد بقع ا كيموزية فى البريتون والغشاء المخاطى المعدى المعوى ولا يندر وجودها فى غير هذا الغشاء المصلى من الاغشية المصلية بل والجلد وشاهد (فريركس) فى الكليتين تراكمات بجمتية فى الطبقة البشرية بل واستحالة شحمية وتلاشيا فى خلايا هذه الطبقة وشاهد المذكور فى الكبد خارج أوعيته وداخلها كمية عظيمة متبلورة من التيروزين والليسين ووجد فى البول المستخرج من المثانة هذين الجوهرين وجوهرا خلاصيا مخصوصا آخر

(الاعراض والسير)

هذا المرض قد يبتدئ احيانا بغتة والغالب أن يبتدئ بدور هجوم يستمر جملة أيام أو جملة أسابيع ودور الهجوم المذكور يصطحب بقليل من الاعراض الواصفة المشخصة فالمرضى تكون فاقدة الشهية ويحصل عندهم تهوع أوقىء وتشتكى بآلام فى الرأس واحساس بضغط وامتلاء فى القسم الشراسيفى وغيرها من المكابدات التى تحصل فى أحوال النزلات المعدية المعوية وينضم لذلك يرقان خفيف يوقظ الزعم بان الحالة النزلية امتدت من الاثنى عشرى الى

القناة الصفراوية ويكون تلون المواد البرازية بالصفراء قليلا ولا يندر أن تكون فاقدة للونها بالكلية وحينئذ فلا يشاهد عند المريض أدنى ظاهرة من الظواهر تدل على الخطر العظيم القادم هو عليه وفى الدور المشخص المتقدم لهذا المرض يزداد اليرقان ويصير قسم الكبد مؤلما ومع ذلك فقد يفقد الالم ولو عند الضغط القوى على هذا القسم كما ذكره (بمبرجو) وتشتكى المرضى بآلام شديدة فى الرأس ويحصل عندهم قلق وضجر وتقع فى حالة هذيان شديد جنونى وقد تمتد حالة التهيج العصبى الشديدة الى اعصاب الحركة بحيث تظهر تشنجات عضلية جزئية أو عمومية ثم يعقب ذلك بسرعة انحطاط عظيم عند المرضى وحالة تعب شديدة وقد يحصل ذلك احيانا بدون تقدم ظهور الاعراض العصبية السابق ذكرها فتقع المرضى فى حالة تنعس يمكن ايقاظها منه فى الابتداء بواسطة ضغط قوى على قسم الكبد ايقاظا وقتيا ثم فيما بعد لا يمكن ايقاظها منه بالكلية والحمى التى قد تبتدئ فى دور الهجوم تظهر اختلافا عظيما فى سيرها ففى أثناء ظواهر التهيج الدماغى الذى يطرأ فى دور الهجوم يرتفع النبض وترتقى درجة الحرارة وفى انتهاء طور التزايد ينحط النبض فى بعض الاحوال ويبطؤ زيادة عن الحالة الطبيعية ثم تكتسب حالة المرضى انتهاء وصفاتيفوسيا فكل من اللسان واللثة يظهر جافا مشققا ويحصل كل من التبوّل والتبرز بدون ارادة ثم تهلك المرضى مع ازدياد الانحطاط وارتقاء سرعة النبض مع صغره وظهور عرق غزير وهلاكها يكون بعد بعض أيام ويندران يكون بعد بعض اسابيع

ثم ان اليرقان فى الضمور الحاد الاصفر من الكبد ربما اعتبر يرقانا دمويا ووجهه يكون كرات الدم تتلاشى وتنفسد كالاخلية الكبدية بتأثير السبب المضر الذى أحدث هذا المرض لكن كل من فقد تلون المواد البرازية وشدة التلون اليرقانى من الكبد زيادة عن باقى الاعضاء يقرب من العقل وجود عائق ميخانيكى مانع من استفراغ الصفراء وأما اعتبار فقد تلون محصل المعى بالصفراء نتيجة لفقد تكونها (المعروف بالاشولى) فينفى ويرفض بشدة التلون اليرقانى من الكبد وكذا لا يمكن نسبة التلون اليرقانى لحالة نزلية فى المسالك الصفراوية التى يظن وجودها من الاعراض الاولية من هذا المرض

فانه لايوجد فى الحويصلة المرارية ولا فى المسالك الصفراوية صفراء منحبسة راكدة بل الذى يوجد فيها مادة مخاطية او قليل من المادة الصفراوية الباهتة ولذا كان من الجيد توجيه اليرقان بالضغط الواقع على ابتداء المسالك الصفراوية مدة دوران انتفاخ الحويصلات الكبدية وفيما بعد يتناقص تجهيز الصفراء وتكونها بامتداد فساد الخلايا الكبدية وتلاشيها واما الظواهر الدماغية التى تكون الاعراض الاكثر وضوحا من الضمور الحاد الاصفر للكبد فتوجيهها عسر وقد ذكرنا فيما تقدم الاسباب التى تمنعنا من نسبة تلك الاعراض الى تسمم الدم بالحوامض الصفراوية والاطباء الذين يعتبرون مرض الكبد هذا نتيجة تابعية لمرض تسممى أصلى اوغيره من الامراض العامة يعتبرون الاضطراب الدماغى نتيجة أيضا لتأثير السبب المضر المؤثر تأثيرا عموميا وأما الاطباء الذين يعتبرون هذا المرض اصابة كبدية موضعية اولية فيميلون لتوجيه الاضطراب الدماغى بالتغير التابعى للدم الناتج عن فقد وظيفة الكبد او امتصاص متحصل تلاشى الخلايا الكبدية وقد وجد (فريركس) فى البول تغيرات مهمة فان هذا السائل كان يحتوى زيادة عن المادة الملونة للصفراء المتفاوت الكمية (وعن الزلال النادر الوجود) على بلورات كل من الليسين والتيروزين وجواهر خلاصية أخرى وذلك فى الراسب الذى يرسب منه عند تركه للراحة ونفسه واما البولينا والاملاح الفوسفاتية الكلسية فانها زالت من البول شيأ فشيأ وهذه التغيرات الدالة على انحلال غير طبيعى فى العناصر الازوتية لو وجدت على الدوام كان لها اهمية بالنسبة لهذا المرض وفقد وظيفة الكبد (فان شيرر وجد الليسين بكمية قليلة فى بول مريض كان فى اكلينك المعلم عبر جر وأما التيروزين فلم يجده فيه والبولينا كانت موجودة فيه بكمية عظيمة والمعلم سنذر وجد مايشابه ذلك أيضا) و زيادة على ذلك فان كلا من الليسين والتيروزين يوجد فى البول فى غير هذا المرض من الامراض كالتيفوس والجدرى والصرع وأما الانزفة التى تحصل فى أثناء هذا المرض خصوصا من الغشاء المخاطى المعدى والمعوى وكذا غيرهما من المنسوجات فهى بلاشك ناتجة عن اضطراب غذائى فى جدر الاوعية الشعرية أعنى عن سوء القنية الدموى

الحاد الذى يشاهد فى غير هذا المرض من الامراض الثقيلة التى تغير تركيب الدم

ثم انه بالبحث الطبيعى يتضح لنا علامات مهمة اذ به يعرف التناقص السريع المتقدم لاصمية الكبد وهو العرض المشخص للضمور الحاد الاصفر لهذا العضو ففى الابتداء يصير صوت القرع رنانا طبليا احذاء القص الصغير اليسارى من الكبد وبعد يوم او ايام قليلة تفقد اصميته بالكلية والفقد التام لهذه الاصمية يتعلق ولابد بسقوط هذا العضو الضامر المسترخى الى الخلف نحو العمود الفقرى عند استلقاء المريض على ظهره فيحل محله خلف الجدار الضلعى المقدم جزء معوى ممتلئ بالغازات ولا تنسى انه يوجد أمراض كبدية اخرى ينتج عنها تناقص فى اصمية الكبد وانه يوجد بعض أحوال ظاهرية من تناقص فى اصمية هذا العضو توقعنا فى الخطا كالتى تنشأ عن وضع القولون المستعرض وانزلاقه بين جدر البطن والكبد وعن الانتشار الغازى فى تجويف البريتون بل وعن مجرى الحالة الطبلية البطنية ومن البين الواضح انه قد يحصل عسر عظيم فى التشخيص فى بعض أحوال التيفوس المصحوب بيرقان دموى وتمدد عظيم طبلى فى البطن يزحزح الكبد عن الجدار الضلعى لكن على العموم تشخيص المرض الذى نحن بصدده سهل متى اعتبرنا زيادة عن سيره السريع العلامات الثلاث الرئيسة له وهى اليرقان والظواهر الدماغية وزوال أصمية الكبد والطحال الذى يحصل فيه انتفاخ فى غير هذا المرض من الامراض التسممية الانتشارية (بل فى بعض الامراض المصحوبة بصعوبة فى الدورة البوابية الكبدية) لا يتحقق من تمدده على الدوام سواء كان ذلك ناتجا عن قلة درجة انتفاخه أو عن تغطيته بواسطة التمدد الغازى من البطن

(الحكم على العاقبة والمعالجة)

يظهر تبعا لبعض التجارب ان هذا التغير المرضى فى ابتدائه أعنى قبل حصول الفساد فى الخلايا الكبدية قابل للشفاء ومن الجائز ان ذلك ليس بنادر فى دور الهجوم الذى فى اثنائه لم يتيسر لنا معرفة هذا المرض معرفة تامة وأما حصول الشفاء عقب طرو الظواهر المرضية المشخصة أعنى الظواهر الدماغية

وصغر حجم العضو الناتج عن تلاشى جوهره فلا يمكن تصوره ولو ذكر بعضهم انه شاهده فى هذا الدور وبالنسبة لمعالجة هذا المرض لا يتيسر لنا حينئذ ذكر شئ يعتمد عليه مؤيدا بالتجارب لكن حيث اعتبر التغير المرضى فى هذا الداء التهابيا جاز استعمال الاستفراغات الدموية خصوصا ارسال العلق حول دائرة الشرج والمسهلات الملحية والمكمدات الباردة على المراق الايمن ولا ينبغى اجراء ذلك لاسيما اذا ملنا للزعم أن الحالة المرضية الراهنة ليست مجرد برقان نزلى بل انها حالة مرضية من هذا الداء المخيف وأما فى الدور الثانى لهذا المرض فقد ثبت تبعا لجميع التجارب ان الاستفراغات الدموية ذات تأثير مضر على سير هذا المرض وقد أوصى بعض أطباء الانكليز حينئذ بالمسهلات الشديدة كالصبر وخلاصة الحنظل وزيت حب الملوك ومادامت ظواهر التهيج فى المجموع العصبى والضجر العظيم والهذيان والتشنجات موجودة ينبغى استعمال الوضعيات الجليدية على الرأس وان طرأت ظواهر الخمود والشلل ينبغى استعمال الحمامات الشلشلية الباردة وهى معالجة تستعمل فى احوال الظواهر الدماغية التسممية بسبب جودة تأثيرها فى احوال الاصابات الدماغية الالتهابية وبعض المرضى الواقعين فى الخدر والكوما وان عاد الى ادراكه وقتيا فى أثناء استعمال حمام بارد شلشلى الا انه لا يؤمل حصول نجاح مستمر فى أحوال الضمور الاصفر الحاد فى الكبد وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال المنبهات من الباطن والظاهر الموصى بها عند حلول الظواهر الشللية والحوامض المعدنية عند حلول البقع النمشية وقطع الجليد عند حلول القىء الشديد والقىء الدموى والنزيف المعوى

(الفصل الثانى فى امراض المسالك الصفراوية)

(المبحث الاول فى الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية المعروف بالبرقان النزلى)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من القنوات العظيمة المفرزة للصفراء والقنوات الكبدية والحويصلية والصفراوية والحويصلة الصفراوية مبطن بغشاء مخاطى مغطى بطبقة بشرية ذات خلايا اسطوانية ومحتوية على اجربة شبيهة بعنقود عنب

وهذا الغشاء المخاطى كغيره من الاغشية المماثلة له فى التركيب كثيرا ما يكون مجلسا الالتهاب نزلى وقلة اتساع المسالك الصفراوية هى والقنوات الناقلة للصفراء يكسب هذا المرض الخفيف فى حد ذاته أهمية مخصوصة فان هذه القنوات الضيقة تنسد بسهولة من انتفاخ الغشاء المخاطى وتراكم المواد المخاطية المنفرزة فيها وهذا هو السبب الغالب لاحتباس الصفراء وامتصاصها

ومن النادر ان يكون الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية أوليا بل الغالب أن يكون ناتجا عن احتقان شديد فى الكبد يمتد الى الغشاء المخاطى كالذى يصاحب السرطان الكبدى والديدان الحويصلية المتعددة الجيوب والذى يصاحب كثيرا من الامراض التى تعوق استفراغ دم الكبد كامراض القلب والانفيزيما الرئوية والالتهاب الرئوى الخلوى ويمكن ان يكون سبب هذا المرض الحالة التزايية الناتجة عن الحصوات الصفراوية لكن لابد من شرح ذلك فى مبحث على انفراده فانه كثيرا ما يصطحب بتقرح فى المسالك الصفراوية واعراض ثقيلة مخصوصة وقد يكون سبب هذا المرض أيضا التأثير المهيج للصفراء المتغيرة الواقع على المسالك الصفراوية لكن حصول هذا المرض بهذه الكيفية الاخيرة ليس مثبتا واكثر حصولا من ذلك هو ان يمتد الالتهاب النزلى الذى مجلسه الاثناعشرى فى محال انصباب القنوات الصفراوية الى المسالك الصفراوية من هذا العضو فيكاد يصطحب هذا الالتهاب على الدوام بالتهاب نزلى فى المعدة ولذا أن اليرقان الناتج عن ذلك يسمى باليرقان المعدى الاثنى عشرى او البسيط بسبب كثرة حصوله بهذه الكيفية وسيره الخفيف الغير الخطر ثم ان النزلة المعدية الاثنى عشرية التى تمتد الى المسالك الصفراوية تحصل من أسباب متعددة ولذا نحيل ذكر أسباب اليرقان المعدى الاثنى عشرى الى ما ذكرناه فى أسباب النزلة المعدية المعوية

(الصفات التشريحية)

متى كان الغشاء المخاطى للمسالك الصفراوية مجلسا الالتهاب حاد نزلى يكون أحمر رخوا منتفخا وسطحه مغطى بمواد مخاطية بشرية ومتى كان انتفاخ

هذا الغشاء عظيما صارت القناة الصفراوية منسدة تقريبا خصوصا بقرب محل انفتاحها في الاثني عشرى اعني في جزئها المعوى ومع ذلك توجد المسالك الصفراوية في الكبد متمددة وممتلئة بمواد صفراوية مختلطة بمواد مخاطية متفاوتة الكمية وجوهر الكبد يظهر فيه كذلك علامة احتباس الصفراء وعند استمرار الالتهاب النزلى زمنا طويلا يمكن أن ينتج عن استمرار انتفاخ الغشاء المخاطى وضخامته انسداد كلى في القناة الصفراوية وفي مثل هذه الاحوال تتمدد المسالك الصفراوية تمددا زائدا عن الحد جدا والكبد يعظم حجمه وتظهر فيه هيئة احتباس الصفراء ظهورا واضحا

(الاعراض والسير)

الحالة النزلية للمسالك الصفراوية يسهل معرفتها في معظم الاحوال باعراض احتباس الصفراء وامتصاصها التي ظهرت هذه الاعراض الاخيرة وحصل فيها وضوح وتقدم شيأ فشيأ وجب الظن ابتداء بوجود حالة نزلية في المسالك الصفراوية وذلك لكثرة حصول اليرقان النزلى بالنسبة لغيره من اشكال اليرقان وحيث ان الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية يكاد لا يحصل حصولا أوليا بل ينضم على الدوام الى الحالة النزلية المعدية الاثني عشرية فمن المهم معرفته أن اعراض النزلة المعدية الاثني عشرية تسبق على الدوام الظواهر اليرقانية وتصاحبها فيما بعد ولذا يسبق اليرقان النزلى على الدوام بتغطية في اللسان وتغير في الذوق وغثيان وغير ذلك من اعراض سوء الهضم وكلما استطالت مدة الحالة النزلية للمسالك الصفراوية وازدادت ضايقها تصير المواد البرازية فاقدة اللون ويشتد اللون اليرقاني للجلد والبول وتضطرب الحالة العامة للتغذية وتشتد مكابدات المرضى وفي غالب الاحوال يزداد حجم الكبد بل بعض الاحوال يرتقي ازدياد حجمه الى درجة عظيمة جدا

ثم انه اذا أخذ المرض في الشفاء شوهد تحسن حالة المريض بعد ٨ او ١٤ يوما عادة فتعود الشهية وتزول تغطية اللسان شيأ فشيأ وكذا اعراض فساد الهضم أيضا ويتعشم حينئذ أن بتحسين حالة النزلة المعدية الاثني عشرية تحسن الحالة النزليه للمسالك الصفراوية أيضا وفي الحقيقة يرى بعد مضي

أيام قلائل ان المواد البرازية اكتسبت لونها الاعتيادى شيأفشيأ ويصير البول أقل دكنة وهذا يدل على تناقص الاحتباس الصفراوى وتناقص امتصاص المواد الصفراوية وأما المواد الملونة للصفراء المتراكمة فى الشبكة لوعائية الملبيجية للجلد فنزول بطء فانه يشاهد بعد تلون المواد الصفراوية للبراز واكتساب البول لونه الطبيعى بقاء اللون اليرقانى للجلد بعض زمن حتى يزول هذا العارض ايضا فيما بعد مثل باقى الاعراض

وفى احوال أخرى قد تستطيل مدة الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية ويصير مزمنا كالحالة النزلية المعدية الاثنى عشرية وحينئذ تستمر مدة هذا المرض عدة اسابيع بل اشهر ويشتد ظهور اليرقان وتزداد نحافة المرضى ويكتسب الكبد حجما عظيما جدا ومع ذلك فكثيرا ماينتهى هذا المرض ولو بهذه الحالة بالشفاء مع المعالجة اللائقة ومن النادران ينتهى احتباس الصفراء الناتج عن الالتهاب النزلى المذكور انتهاء محزنا باستمرار الاعراض السابق ذكرها

(المعالجة)

حيث دلت التجارب على ان الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية يزول بسرعة بزوال النزلة المعدية المعوية التى امتدت الى هذه المسالك فالمعالجة السببية تستدعى استعمال الوسايط التى ذكرناها عند الكلام على معالجة النزلة المعدية المعوية ففى بعض الاحوال المخصوصة المذكورة سابقا يستدعى الحال اعطاء المقيئات والمسهلات والمعرقات والتدبير الغذائى اللطيف ولاحاجة هنا الذكر جميع الوسايط التى تستعمل فى النزلة المعدية المعوية وانما نذكرهنا جودة تأثير القلويات الكربونية كبيكربونات الصودا وخلافهما وتأثيرها الجيد فى هذا المرض سواء كانت محلولة فى بعض صناعية او فى مياه معدنية طبيعية كما كراس باد وماريه باد فانتا وان لم نسلم ان المياه تلك الينابيع تأثيرا لاواسطيا فى احتباس الصفراء واليرقان نجزم بانه لايوجد طريقة علاجية اكثر جودة وموافقة فى مثل هذه الاحوال من استعمال هاتين المياه فانها أتم شئ لمضاربة السبب الاصلى فان لم تسمح حالة المريض باستعمال مياه هذه الينابيع الطبيعية جازله استعمال المياه القلوية الصناعية

كما الصود اوكرلس باد وماريه باد وغيرها مع التدبير الغذائى المستعمل فى حمام كرلس باد ويمكن حصول النجاح بالاقتصار على هذه المعالجة البسيطة

وقد تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المقيئات فانه فى أثناء حركات القىء تدفع الصفراء من المسالك الصفراوية والحويصلة المرارية نحو فوهة القناة الصفراوية المنصبة فى الاثنى عشرى وبهذه الكيفية يمكن دفع المواد المخاطية السادة لفوهة تلك القناة بقوة عظيمة وكان ينبغى كثرة استعمال المقيئات فى هذا المرض اكثر مما يستعمل عادة لولا ان انتفاخ الغشاء المخاطى هو السبب فى انسداد هاتيك القنوات أكثر من المواد المخاطية المتجمعة فيها ولم يخش ان تكرار استعمال المقيئات يمكن أن يزيد فى الحالة النزلية المعدية المعوية

ومن الممدوح بكثرة فى معالجة اليرقان النزلى حمض النتريك بجزء منه مخلوط بجزئين من حمض الكلوردريك أعنى الماء الملكى الذى يستعمل من الظاهر على صفة حمام قدمى من ١٥ جراما الى ٣٠ (اعنى من نصف اوقية الى اوقية) فى ماء حمام قدمى او على شكل مكمدات على قسم الكبد أو من الباطن من جرامين الى خمسة (أعنى من نصف درهم الى درهم) فى ست أواق من صواغ غروى ويعطى من ذلك مل ملعقة أكل كل ساعتين ومن الجائز ان الاستعمال الباطنى لهذا الجوهر الدوائى يكون له تأثير جيد فى النزلة المعوية وبذلك يحصل اندفاع التعقدات المخاطية السادة للمسالك الصفراوية وأما استعماله الظاهرى فالظاهر أن لا فائدة فيه ويوجد تأثير المسهلات الشديدة فى هذا المرض بازدياد الحركات الديدانية المعوية التى تمتد ولابد الى القناة الصفراوية لكن ليس لهذه الجواهر عموما كبير فائدة فى اليرقان النزلى ولو كثر استعمالها فيه وأما تعاطى الزئبق الحلو (بقدر ٥ سنتى جرام اعنى قمحة واحدة فى كل مساء) وجرعة وبينه (بقدر ملعقتى أكل كل صباح) طبقا للطريقة المعروفة بالانكليزية فمذموم ولو انه يحصل به اشفاء فى أحوال عديدة فى اليرقان النزلى ولا تستعمل المسهلات الخفيفة الا عند وجود اعتقال عظيم فتستعمل حينئذ الاملاح الطرطيرية لاسيما طرطرات البوتاسا أو مطبوخ

التمرهندى مع حمض الطرطير وشراب السنا والمن (بان يؤخذ من أوقية الى اثنتين من التمرهندى ويغلى فى ثمان اواق من الماء ونصف درهم من حمض الطرطير ومقدار كاف من شراب السنا والمن) أو يعطى منقوع السنا المركب أو مجعونه المسهل او مسحوق المنيزيا مع الراوند

(المبحث الثانى فى التهاب المسالك الصفراوية اى الغشاء الكاذب والدفتيرى)

يندر حصول التهابات ذات نضح ليفى فى المسالك الصفراوية وان حصلت كان ذلك فى أثناء سير بعض التغيرات المرضية الثقيلة جدا كالتيفوس المستطيل وتعفن الدم والتيفوئيد الهيضى وفى الالتهاب ذى الغشاء الكاذب يوجد الغشاء المخاطى للحويصلة الصفراوية مغطى باغشية كاذبة متفاوتة التماسك وفى المسالك الصفراوية بتعقدات ليفية قنوية الشكل ومحتوية على مادة صفراوية فيؤدى ذلك لاحتباس الصفراء وفى الالتهاب الدفتيرى يكون جوهر الغشاء المخاطى مرتشحا فى بعض اصقاع محدودة منه بنضح ليفى يؤدى لتخشكر فيه ولفقد جوهرى عميق بعد انفصاله وهذه التغيرات المرضية لا تعرف مدة الحياة بل والبرقان الشديد الذى يشاهد فى اثناء سير التيفوس وتعفن الدم والتيفوئيد الهيضى لا يجوز نسبته للالتهاب ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى فى المسالك الصفراوية فانه كثيرا ما يشاهد بدون أدنى تغيرات مادية فى المسالك المذكورة

(المبحث الثالث فى تضايق المسالك الصفراوية وانسدادها والتمدد التابعى لها)

(كيفية الظهور والاسباب)

السبب الغالب فى انسداد المسالك الصفراوية وهو التهابها النزلى لها يندر أن يستمر زمنا كافيا بحيث يحدث تمددا مستمرا فى تلك القنوات وما يعقبها من النتائج ويعد من الاسباب الغالبة للانسداد المستمر فى المسالك الصفراوية أولا الاورام التى بضغطها تحدث انسدادا فى هذه المسالك وهى تكون تارة عبارة عن عقد سرطانية ناشئة من الكبد أو البنكرياس أو المعدة أو الاثنى عشرى وتارة أخرى تكون عبارة عن غدد لينفاوية معتريها الاستحالة الجبنية

أو غيرها من الاستحالات المرضية او خراجات أو جيوب ديدانية منكيسة أو أورام أنورزماوية أو عن القولون المتمدد بواسطة المواد لثقلية المحتبسة فيه والمتيبسة ثانيا الانقباضات الندبية التى تخلف القروح الملتحمة التى كان مجلسها القنوات الناقلة للصفراء أو محل تقسمها بالاثنى عشرى او نحن وضمور تابعى فى الرباط الكبدى الاثنى عشرى الناتج عن الالتهاب البريتونى المزمن لاسيما متى حصل انجذاب أو انحناء فى القنوات الناقلة الصفراء فان ذلك يؤدى لانسداد فى القناة الصفراوية أو الكبدية أو الحويصلية المرارية ثالثا وهو الاخير قد يحصل انسداد مستمر فى المسالك الصفراوية عن الاجسام الغريبة لاسيما التجمعات الحجرية الثابتة

(الصفات التشريحية)

الحالة التى يوجد عليها انسداد القنوات الصفراوية تختلف باختلاف المحل الذى حصل فيه الانسداد فان حصل فى باطن الكبد نفسه بواسطة تجمعات حجرية فى المسالك الصفراوية مثلا أو من ضغط أو رام متكونة خارج هذا العضو وجد بعض المسالك الصفراوية فقط متمددا تمددا جيبيا او مستويا فى امتداد عظيم او على هيئة اللؤلؤ المنظوم و باطنها مملوء بمادة مخاطية مختلطة بالصفراء او ممتلئ بصديد متلون بهذا المائل فيما اذا حصل التهاب وتكون خراج فيها وان كان المتمدد القناة الكبدية حصل هذا التمدد فى جميع المسالك الصفراوية الكبدية بحيث ان التمددات السطحية تكون بروزات متموجة على السطح الظاهر من الكبد وان كان مجلس الانسداد فوهة القناة الصفراوية حصل التمدد فى هذه القناة هى والقناة الكبدية معا وزيادة على ذلك فالغالب ان يحصل التمدد ايضا فى القناة الحويصلية والحويصلة الصفراوية نفسها وبالجملة ان كانت القناة الحويصلية هى المنسدة بانفرادها لم يزل الغشاء المخاطى مستمرا على افرازه غالبا ولون الصفراء لا يمكنها النفوذ فى الحويصلة الصفراوية وحيث ان هذا الافراز لا يمكن استفراغه فان الحويصلة الصفراوية تتمدد شيأ فشيأ بسبب تراكمه فيها وهذه الحالة يعبر عنها بالاستسقاء الحويصلة الصفراوية

والقناة الصفراوية ان بقيت فوهتها منسدة يمكن ان تصل الى قدر متسع المعى

بل يمكن ان تصير كبيب واسع وتمددها يصل بواسطة القناة الكبدية وتفرعاتها الى المسالك الصفراوية الشعرية وكذا الحويصلات الصفراوية وان تمددت في الغالب الان تمددها لا يصل عادة الى الدرجة العظيمة التي يصل اليها تمدد القناتين المذكورتين لان القناة الحويصلية تكابد بسبب انفتاحها على شكل زاوية حادة ضغطا من القناة الصفراوية المتمددة والكبد نفسه تعتريه التغيرات التي ذكرنا انها واصفة للاحتباس الصفراوي المرتقي جدا فتكون في الابتداء متزايدة الحجم والمسالك الصفراوية المتمددة تظهر على سطح الشق كحويصلات عظيمة محتوية على مواد صفراوية او مخاطية سنجابية مبيضة خالية عن الصفراء ثم فيما بعد يصغر حجمه بسبب ضمور الخلايا الكبدية في احوال استسقاء الحويصلة الصفراوية تكون هذه الحويصلة مستحيلة الى كيس شفاف متوتر من حجم قبضة اليد او بيضة الاوز الى رأس الطفل محتوية على سائل زلالي مائي والبافها العضلية تكون متباعدة عن بعضها ضامرة وغشاؤها المخاطي يكون فاقدا لمنسوجه الاصلي فيكون كغشاء مصلي وفي بعض الاحوال قد لا يؤدي انسداد القناة الحويصلية الى تمدد هذه الحويصلة بل الى انكماشها فيقطع الافراز ويتكاثف متحصلها المخاطي الصفراوي وتستحيل الى مادة طباشيرية وأما جدر هذه الحويصلة فيحصل فيها تخن وانكماش بسبب ما يعتريها من التغير الالتهابي المزمن فيخلف ذلك ورم يابس ممتلئ بمادة طباشيرية يكاد يصل الى حجم بيضة الحمام

(الاعراض والسير)

أعراض الاحتباس الصفراوي الشديدة جدا وهي اعراض اليرقان المعروف بالعسلي التي لا يندر مضاهتها باعراض السرطان أو غيره من أورام البطن او التهاب البريتون المزمن او الحصوات الصفراوية القديمة تكون الصفة المرضية لانسداد القناة الكبدية او الصفراوية فاليرقان يكون شديدا جدا والمواد الثفلية تكون فاقدة للونها بالكلية زيادة عن باقي اشكال الاحتباس الصفراوي ومع ذلك فقد تستمر هذه الحالة زمنا طويلا بدون ان تظهر الاعراض الثقيلة للتسمم الصفراوي المذكورة سابقا وقد يتيسر غالبا معرفة تمدد الكبد متى كانت القناة الصفراوية منسدة ويحس مع ذلك

بالحويصلة الصفراوية الممتلئة المتمددة كما انه احيانا يمكن معرفة صغر حجم الكبد التابعي فان تيسر معرفة وجود أورام سرطانية فى البطن اوسبق ذلك اعراض المغص الحصوى الصفراوى اودلت ظواهر مرضية اخرى على نوع الانسداد صار التشخيص اكيدا وفى بعض الاحوال لا يتيسر الامعرفة الانسداد لاسببه

واما الاستسقاء الحويصلى الصفراوى فتسهل معرفته مادام منفردا اى بدون مضاعفة بتضايق أوانسداد فى القناة الصفراوية اوالكبدية فان احس بورم كمثرى ناشئ من قسم شق الحفرة الصفراوية مستدير من أسفل وكان متوترا مرنا اومتموجا وشوهد ذلك عند مريض لم يكن اعتراه يرقان من قبل دل ذلك على وجود انسداد فى لقناة الحويصلية وتمدد فى الحويصلة نفسها بواسطة افراز مائع اعنى استسقاء حويصليا صفراويا فان وجد مع ذلك يرقان دل تمدد الحويصلة المرارية تقريبا على امتلائها بالصفراء الحقيقية

وحيث يكاد لا يتيسر لنا دفع سبب الانسداد المستمر للمسالك الصفراوية لا يمكن الكلام على معالجة هذا المرض مع النجاح

(المبحث الرابع)

(فى الحصوات الصفراوية ومايتنتج عنها)

(كيفية الظهور والاسباب)

تكون الحصوات لم يزل فيه بعض ابهام ولو انه يوجد فى هذا الموضوع أبحاث ورسالات عديدة والحصوات الصفراوية لا تتكون من الصفراء الغير المتغيرة فانه يوجد فيها جواهر غريبة لا تحتوى عليها الصفراء الغير المتحللة بالكلية وهذا يدل على ان كل تكون حصوى فى الصفراء يصطحب باضمحلال فيها كما قاله كين وان سئل عن الاسباب المؤدية لانحلال الصفراء قيل يغلب على الظن ان للتغيرات لبزابة الحويصلة والمسالك الصفراوية دخلا عظيما فى ذلك فيظهر انه بواسطة الافراز المخاطى الغزير الحمضى يحصل ولابد تحلل فى صفرات الصوداوبذلك يحصل رسوب فى بعض العناصر المحفوظة على حالة انحلال بهذا الملح لاسيما الكولسترين والمركبات الجمينية الكلسية المكونة لنواة الحصاة ويساعدولابد على تكون الحصوات الصفراوية تجمع

التغيرات التي تحدث ركودا في الصفراء اذ بذلك يحصل فيها تكاثف ولذا كانت الحصوات الصفراوية من النتائج الاعتيادية لبعض امراض الكبد والحويصلة الصفراوية التي ينتج منها انسداد في المسالك الصفراوية أو شلل في الحويصلة كما يشاهد ذلك عقب اليرقان النزلي المستطيل المدة وكذا عقب التصاق الحويصلة الصفراوية بما يحيط بها وسرطان الكبد والحويصلة الصفراوية ونحو ذلك وقد يتسبب في بعض الاحوال عن الاجسام الغريبة تكون رواسب في هذا السائل كالابر والديدان الخراطينية والايكوكونية التي نفذت في الحويصلة الصفراوية وككرات من الزئبق المعدني ونحو ذلك وأما القول المعلوم من ان نواة الحصوات الصفراوية تشتمل زيادة عن المادة البجنتية الكلسية على مادة مخاطية فقد اعتبره (كين) من الخرافات اذ لا يتأتى اثبات وجود هذه المادة في متحصلات نواة الحصوات الصفراوية بالامتحان الكيماوي

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحصوات الصفراوية يزداد بتقدم السن فانه يندر وجودها في شخص قبل الثلاثين سنة كما يندر جدا مشاهدتها في سن الطفولية والنساء أكثر اصابة بها من الرجال (بنسبة ٣ الى ٢) ويوجد ذلك بفعل بعض مؤثرات مخصوصة كالمعيشة الجلوسية والهصر ويظهر ان الحصوات الصفراوية يكثر حصولها في بعض البقاع عن الاخرى لكن القول بان كثرة وجودها في المحال التي مياهها كثيرة الكلس ليس أكيدا كما قاله (فريركس)

(الصفات التشريحية)

الحصوات الصفراوية تتكون في جميع أجزاء المسالك الصفراوية من ابتداء جذورها الى محل انصباب القناة الصفراوية في الاثنى عشرى لكن أكثر تكونها في الحويصلة الصفراوية وما يوجد منها في المسالك يكون اما على شكل نويات صغيرة (تعرف بالرمل الصفراوي) واما على هيئة حصوات عظيمة مستديرة ويندر أن تكون متشجرة كالعقيق في المسالك الصفراوية وأما ما يوجد منها في الحويصلة الصفراوية فيختلف حجمه فيكون من حبة الدخن الى بيضة الدجاجة وقد لا يوجد منها الا حصاة واحدة وقد

تكون أزيد من ألوف على هيئة نويات صغيرة وفي العادة يوجد جملة منها من عشرة الى عشرين في حجم نواة الكريزة او الكريزة نفسها وما كان منها متحركا في الحويصلة الصفراوية يكون مستدير الشكل وأما الحصوات العظيمة الثابتة في محالها المزاحمة لبعضها فتظهر ذات زوايا مسطحة في محل ملامستها لبعضها أو مكونة لمفاصل مع بعضها باسطحة محدبة ومقعرة والسطح الظاهر لتلك الحصوات يكون غالبا أملس وقد يكون خشنا بل حلميا أو محببا ولونها يتلون بالمادة الملونة للصفراء فيكون في الغالب داكنا كلون الشكولاتا أو مسودا وقد يكون مصفرا أو مخضرا والحصوات الكولسترينية النقية تكون مبيضة ذات تأليف متشعع بلوري وقوام الحصوات الصفراوية الحديثة يكون رخوا بحيث يسهل انضغاطها بين الاصابع ووزنها النوعي قليل بسبب احتوائها على المادة الدهنية الصفراوية ومع ذلك فيكون أزيد من وزن الماء فلا تسبح عليه الا الحصوات الصفراوية الجافة المحتوية على الهواء

وأما تأليف الحصوات الصفراوية فبعضها يظهر مستويا لكن غالبها يحتوي على نواة وطبقات فوق بعضها ومتشعع التأليف والجوهر المتسلطن في معظم الحصوات الصفراوية هو الكولسترين وزيادة على ذلك تحتوي غالبا على املاح كلسية ومادة ملونة صفراوية (سيما البليروبين وما يتكون عنه) ونواة الحصاة تكون مركبة من الكلس والمادة الملونة للصفراء المعروف بالكلس الجمنتي وبالجملة فيوجد فيها مخلوط مكون من حمض الكولاليك والديسلين المعروف بحمض الكلويدين وذهب (كين) الى أن تكون الحصوات الصفراوية يكون بالكيفية الآتية وهو انه يوجد الى سبب موجب لتحلل الصفراء يرسب كل من حمض الكلويدين والاتحاد السابق ذكره المكون من الكلس ومتحصلات البليروبين (وهو الكلس الجمنتي) فانها عسرة الانحلال فان كان انحلال الصفراء وقتيا امتنع تكون تلك الرواسب لكنه يتراكم على الحصاة الصغيرة متى لم تنقذف وينطرد الكولسترين الطبيعي العسر الذوبان او الذي صار مركزا عند احتباس الصفراء زمنا طويلا وبذلك تنشأ الحصوات الكثيرة الكولسترين

التى اما ان لاتحتوى فى طبقتها الظاهرة على مادة ملونة او انها تحتوى على تلك المادة الطبيعية مع البليروبين واما ان استمر انحلال الصفراء المكون للحصاة زمنا طويلا تكونت حصوات قليلة الكولسترين وكثيرة المادة البجمنتية الكلسية ولاسيما المحتوية على متحصلات البليروبين وهى البليراسين والبليفوسين والبليومين ومن النادر وجود حصوات صفراوية متكونة بالاكثر من الفوسفات الترابية والاملاح الكربوناتية

وفى الغالب تكون الحصوات الصفراوية ثابتة فى الحويصلة المرارية ويندر ان تكون ملتصقة بجدرها او محتبسة فى انبعاجات جيبية فيها وفى الغالب تكون جدر الحويصلة الصفراوية قليلة التغير لكن احيانا يكون قاعها محلا لاحتقان وتنفاخ فى الغشاء المخاطى او يحصل فيه فقد جوهر متفاوت الامتداد والعمق ناشئ عن تقرح والتصاق بين الحويصلة الصفراوية وما يحيط بها من الاجزاء وهذا يدل على ان التهيج الناتج عن الحصوات احدث تغيرات التهابية بريتونية بل وقد يؤدى التقرح الى تثقب الحويصلة الصفراوية فان حصل ذلك قبل التصاق هذا العضو بما يجاوره من الاعضاء انصب متحصله فى تجويف البطن فينشأ عن ذلك التهاب بريتونى منتشر واما ان حصل التثقب فيها بعد التصاقها بما يجاورها من الاعضاء حصلت استطراقات بينها وبين المعدة او القولون او الاثنى عشرى وهو الغالب او ان التثقب يحصل الى الخارج من جدر البطن وفى احوال اخرى قد لاتكون التغيرات الحاصلة فى الحويصلة عن الحصوات الصفراوية من طبيعة تقرحية مفسدة لجدرها يحصل فيها ضمور وتحيط بما احتوت عليه من الحصوات او انه يتكون من جدرها ترا كمات كلسية تحيط بالحصوات وتلتصق بها

واما الحصوات الصفراوية التى محلها المسالك الصفراوية فيمكن ان ينتج عنها احتباس الصفراء والتهابات نزلية فى تلك المسالك والتهاب تقرحى فى الكبد وان اندفعت حصوات عظيمة فى القنوات الناقلة للصفراء بواسطة انقباضات الحويصلة الصفراوية فانها تحتبس فيها وتمنع استفراغ الصفراء بالكلية بحيث تتضح جميع العلامات الناتجة عن احتباس الصفراء وامتصاصها

كما تقدم ذكره بل وقد شوهد في أحوال نادرة ان التراكم العظيم للصفراء في تلك القنوات ينتج عنه تمزق فيها او باستمرار احتباس الحصوات الصفراوية زمنا طويلا يمكن ان ينتج عنه التهاب موضعي وتقرح في القناة الحويصلية والصفراوية ولو بعد انقذاف الحصاة في الاثني عشري يؤدي الى انسداد مستمر في احدى هاتين القناتين بواسطة الانسداد الندبي بل والحصاة المحتبسة يمكن ان ينتج عنها تقرح فتدخل في تجويف البطن او المعي بل والوريد الباب

(الاعراض والسير)

كثيرا ما يوجد عند فتح الجثة حصوات صفراوية في الحويصلة المرارية بدون ان يكون قد نتج عنها ادنى اضطراب في الصحة مدة الحياة بل يمكن القول بان يعد من الاستثنا آت كون الحصوات الصفراوية مادامت موضوعة في الحويصلة الصفراوية ينتج عنها تكدر في الصحة وتتضح باعراض مخصوصة بل وانتقال الحصوات الصفراوية من الحويصلة الى القنوات الناقلة للصفراء ووصولها الى المعي يمكن حصوله بدون ان ينتج عنه آلام او اعراض أخرى مادامت الحصوات صغيرة أو متناسبة الجسم ومما يؤيد ذلك التجارب التي تفعل في بعض الحمامات المعدنية التي فيها يسير البحث بالدقة عن المواد البرازية لاجل معرفة وجود تلك الحصوات فيها أم لا كحمام كرلس باد اونحوه

وأما الحصوات التي مجلسها جذور القناة الكبدية فانه لا ينتج عنها الامشاق غير قارة تنما الغريركس كالآلام الصماء واضطراب الهضم بخلاف تمدد الكبد واليرقان فانهما يفقدان غالبا وعند ازدياد تهيج المسالك الصفراوية يمكن ظهور نوب قشعريرة وحرارة وعرق تابعيين يظن من وجودها بوجود حمى متقطعة

وأما ان حصل التهاب وتقرح في المسالك الصفراوية أو خراج في الكبد أو التهاب وريدي بان ظهرت اعراض تلك الامراض فتشخيص الحصوات الصفراوية في الكبد لا يمكن اجراؤه حينئذ الا في بعض الاحوال الواضحة ولنشرح الآن مجموع الاعراض الذي لا يندر ان يظهر في اثناء مرور

الحصوات الصفراوية العظيمة من القنوات الناقلة للصفراء فى اثناء احتباسها احتباسا وقتيا المعروف بالمغص الحصوى الكبدى ثم اعراض التهاب الحويصلة الصفراوية وتقرحها هى والقناة الناقلة للصفراء التى تنتج فى بعض الاحوال النادرة عن الحصوات الصفراوية

فاما المغص الحصوى الصفراوى فانه يحصل فجأة فى الوقت الذى فيه تنتقل الحصوات الصفراوية من الحويصلة الصفراوية الى قناتها وتحتبس فيها وذلك يحصل عادة بعد الاكل العظيم ببعض ساعات متى حرض تحصل المعدة الحمضى النافذ فى الاثنى عشرى الحويصلة الصفراوية على انقباضات قوية ويشتد حصوله عقب المشاق الجسمية المصحوب بتوتر فى عضلات البطن أو عقب الانفعالات النفسية وكثيرا ما يحصل بدون أسباب مدركة فالمرضى تعتريهم آلام تزداد تارة ببطء وتارة بسرعة عظيمة وتكون ضاغطة أو ممزقة أو قاطعة ودرجة تلك الآلام تختلف باختلاف عظم تلك الحصوات وكونها ملساء أو حادة أو خشنة لكن على العموم يكون الالم شديدا جدا بحيث ان الدرجة الشديدة لتلك الآلام التى يقل وجودها فى الالم المعدى العصبى والمغص المعوى وانما يكثر وجودها فى أحوال النقب والمغص الكلوى توقظ ظن الطبيب بان المريض معتريه مغص حصوى صفراوى ولا يحسن الظن بان مجلس تلك الآلام يكون محدودا فكثيرا ما لا يشتكى به المريض فى المراق الايمن بل فى قسم المعدة والقسم القطنى اليمنى أو الجهة اليمنى من القص بحيث ان الطبيب يزعم وجود ألم معدى أو مغص كلوى أو ابتداء التهاب بلورى وبعض المرضى ولو الفطنين تحقق لنا ان لا قدرة لهم على تعيين مجلس المرض بل انه يمتد الى جميع البطن والصدر بل الى الكتف الايمن ولا يندر أن تكون عضلات البطن متوترة والجزء العلوى من هذا التجويف كثير الحساسية عند الضغط وتكون المرضى اذ ذاك فى حالة قلق عظيم وفى حالة تألم زائد مجتهدة فى احداث التلطيف بتغير الوضع وفى الغالب لا توجد حمى ومع ذلك فقد شاهد (فريركس) احوالا حصل فيها نوب قشعريرة واعقب ذلك ارتقاء فى الحرارة الى درجة الاربعين وخمسة من درجة مئينية ويكون النبض غالبا طبيعيا وسريعا احيانا ومع ذلك فقد ذكر ولف ان لتناقص

سرعة النبض من ٥ الى ١٠ فى الدقيقة هو نة تشخيصية فى هذا المرض وكثيرا ما يحصل فى سمباتوى تقذف به غالبا مواد صفراوية فان استفراغها فى الاثنى عشرى لا يكون الا وعاما دامت الحصاة محتبسة فى القناة المرارية بل والحصوات الصغيرة التى وصلت الى لقاة الناقلة العمومية وهى الصفراوية لا تمنع احيانا من مرور جزء من الصفراء المحتبسة بجوار الحصوات فى اثناء الانقباضات لعظيمة المحويصلة الصفراوية

والنوب العظيمة للمغص الحصوى الصفراوى قد تحدث سيما عند الاناث الكثيرة الحساسية ظواهر ضعف حركات القلب والانحطاط كما يشاهد ذلك عند وجود كل المشديد فالنبض يصير صغيرا والجلد باردا والوجه باهتا وقد تحصل نوب اغماء حقيقة وقد يعترى المرضى فى بعض الاحوال اهتزاز تشنجى بل وقد تظهر تشنجات عامة أو قاصرة على احدى جهتى الجسم ثم بعد مضى بعض ساعات تتناقص الآلام شيأ فشيأ عادة وتنتهى النوبة لكن لا يندر ان يعقب انحطاط الالم ارتقاء جديد فتمتد النوبة من يوم الى جملة أيام وما ذاك الا من كون الحصاة كبيرة فلا تتقدم الا ببطء نحو القناة المعوية أو انه يوجد جملة حصوات يندفع كل منها على حدته

ومتى مرت الحصاة من القناة الصفراوية ووصلت الى الاثنى عشرى تغيرت حالة المرضى بالكلية فالمرضى لا تكون متألمة ويزول اضطرابهم وضجرهم ويرتفع النبض وتعود حرارة الجلد ويزول تغير السحنة والانتقال لعظيم من المكابدات العظيمة والآلام الشديدة الى الراحة التامة قد يحصل فى زمن قليل بحيث ان الفرق بين الحالتين يكون واضحا سريعا وفى أحوال أخرى لا تزول الآلام فجأة بل بالتدريج وما ذاك الا من كون تهيج المسالك الصفراوية العظيم لا يعقبه سكون وهذه فى المجموع العصبى الا ببطء كالمقلة فانها متى تهيجت بجسم غريب تستمر حالة تهيجها زمنا طويلا بعد زوال الجسم الغريب المهيج وتبعيده

وأما الانتهاء المحزن للمغص الحصوى الصفراوى بتقدم ظواهر الانحطاط الثقيل الذى ينتقل الى حالة ثقلية عمومية فنادر جدا وأكثر من ذلك حدوث الاحوال التى يعقب نوبة هذا المغص اعراض التضايق المستمر للمسالك

الصفراوية او انسداد ها وذلك بان تبقى الحصاة ما كثة فى القناة الصفراوية او ان يخلف مرورها من تلك القناة بتأثيره الميكانيكى تقرح التهابى ينتج عنه انكماش ندبى فتضيق تلك القناة او تنسد ونتيجة ذلك هو اليرقان العسلى المستمر وان كان المنسد هى القناة المرارية نتج عن ذلك استسقاء حويصلى مرارى اوضمور فى تلك الحويصلة

ثم انه بمرور حصاة صفراوية من القناة المرارية الى القناة الصفراوية يمتنع استفراغ الصفراء بالكلية أو يتعذر

واحتباس الصفراء يمكن ان ينتج عن انتفاخ فى الكبد وتمدد مدركة فى الحويصلة المرارية ويرقان كبدى امتصاصى غالبا وذلك فيما اذا لم تندفع الحصاة من القناة الصفراوية بسرعة وهذا اليرقان الذى يشاهد غالبا بعد انتهاء النوبة يكون فى العادة خفيفا وقتيا بحيث لا يشاهد فى الملتحمة الصلبية الا فى اثناء بعض ساعات ولذا انه كثيرا ما لا يعرف ويختفى ومع ذلك فلهذا اليرقان اهمية عظيمة تشخيصية اذ بوجوده يزول كل تغيب بالنسبة لطبيعة نوب الآلام لى بهذا اليرقان يمكن الحكم على طبيعة نوب الآلام السابقة التى لم يشاهد فيها اليرقان او اختفى وكانت اعتبرت نوب آلام عصبية معدية أو مغصا

والحصوات الصفراوية التى اندفعت فى الاثنى عشرى يندر استفراغها بالقئ والغالب اندفاعها مع المواد الثفلية ومن النادر أن يكون انقذافها مصحوبا بمغص أو تبرزمن مواد ثفلية دموية بل يكاد يحصل على الدوام بسهولة وبكيفية غير مدركة بحيث لاترى الحصوات فى المواد البرازية الامع البحث الدقى بالكلية وفى بعض الاحوال لا توجد الحصوات فى المواد البرازية بعد مضى النوبة مهما كانت دقة البحث بواسطة مصفاة وصب الماء عليها وغسلها او فى مثل هذه الاحوال يسوغ القول بان احتباس الحصوات انما كان فى عنق الحويصلة المرارية او فى الجزء الابتدائى من القناة المرارية اعنى فى صغر يكون فيه زوال احتباس الحصوات ناتجا عن رجوعها ودخولها فى الحويصلة المرارية ومع ذلك لم يزل فى مبحث المغص الحصوى الصفراوى بعض أمور غير واضحة لما فى ذلك الامر العديم التوجيه وهو

كون الحصوات الصفراوية الكائنة فى الحويصلة المرارية عند بعض الاشخاص ليس لها أدنى ميل للانتقال من محلها طول الحياة بخلافها عند أشخاص آخرين فانها تنتقل على الدوام من محلها مارة فى المسالك الصفراوية ويتكرر ذلك جملة مرات وكان ينبغى أن يكون لسير المغص الحصوى الصفراوى ثلاثة أدوار متميزة عن بعضها باختلاف شدة الظواهر المرضية بحيث ان الدور الاول يوافق احتباس الحصوات فى القناة المرارية الضيقة والثانى دخولها فى القناة الصفراوية المتسعة والثالث احتباسها ثانيا فى الجزء المعوى الضيق لتلك القناة ومع ذلك فمثل هذا الانتظام فى سير الآلام الذى كان يمكن أن يستدل منه على المحل الموجود فيه الحصاة لا يدرك الا فى أحوال استثنائية

ثم ان التهاب الحويصلة الصفراوية وتقرحها الناتج عن الحصوات الصفراوية لا يؤدى لاعراض واضحة الامتى اشترك البريتون فى الالتهاب وهذه الاعراض عبارة عن الظواهر المرضية للالتهاب البريتونى الجزئى أو الحاد احيانا السابق ذكرها وكل من مجلس الالم فى قسم الحويصلة الصفراوية ونوب المغص الحصوى الصفراوى التى تكرر وجودها من قبل والتمكن من الاحساس بالحصوات فى الحويصلة الصفراوية كما تيسر ذلك لكثير من الاطباء ولنا أيضا سيما عند النساء ذوات الجدر البطنية المسترخية يرجح القول بان جدر الحويصلة الصفراوية قد اعتراها الالتهاب والتقيح بواسطة التجمعات الحجرية الكائنة فيها وان حصل تثقب فى الحويصلة الصفراوية قبل التصاقها بما يحيط بها من الاعضاء اتضحت الصورة المرضية السابق شرحها التى تكاد أن تكون واضحة لشمول جواهر غريبة فى تجويف البريتون فتهلك المرضى فى قليل من الايام بواسطة الالتهاب البريتونى المنتشر وان كانت الحويصلة الصفراوية قد تم التصاقها بالاعضاء المجاورة لها عند حصول تثقبها بقيت الظواهر الالتهابية البريتونية قاصرة على قسم الحويصلة الصفراوية وينضم لذلك علامات اضطراب فى وظيفة المعى وكثيرا ما تبقى الصورة المرضية فى هذه الحالة الاخيرة غير واضحة الى ان تقذف حصاة صفراوية عظيمة الحجم جدا لا يتأتى تصور مرورها من القناة

الصفراوية والتجمعات الحجرية المارة من الحويصلة الصفراوية الى المعى بواسطة استطراق غير طبيعي يمكن أن تكون عظيمة الحجم جدا بحيث يتيسر مرورها من القناة المعوية فينشأ عن ذلك اعراض القولنج وعندنا حصاة من حصوات كولستريفية في حجم بيضة الحمامة وكانت أرسلت لنا مع الزعم انها معوية وانقذفت من المستقيم مع مشاق عظيمة عند امرأة كانت على ما قيل مصابة بنوب متكررة من التهاب كبدى وفى أحوال أخرى قد شوهد بعد الموت باعراض القولنج حصوات صفراوية عظيمة محتبسة فى المعى الدقيق لاسيما عند صمام (بوهين) وان التصقت الحويصلة المرارية الملتهبة بالجدار المقدم من البطن أحس بها على شكل ورم صلب محدود أحيانا ثم تلتهب الجدر الباطنية فيما بعد ويتكون فيها خراج يخرج منه فيما بعد صديد ثم مواد صفراوية ثم عدد عظيم من الحصوات الصفراوية (وهذا ما يسمى بالناصور الحصوى الصفراوى) والخراج لا ينفتح على الدوام فى جزء البطن المرفوع أسفل الحويصلة الصفراوية بل كثيرا ما يكون انفجاره بعيدا عن ذلك بعد تكون قنوات ناصورية فى جدر البطن ويندر أن يلتئم الناصور عقب خروج حصاة صفراوية أو جملة منها حالا بل الغالب استمراره زمنا طويلا أو طول الحياة فيسيل منه على الدوام مادة صفراوية وان كانت القناة المرارية منسدة تخرج منه سائل صاف

واما التهاب القنوات الناقلة للصفراء وتقرحها بواسطة التجمعات الحصوية فانه يسبق باعراض المغص الحصوى الصفراوى الا أن ذلك لا ينتهى بانحطاط وراحة تامين بل يخف ذلك آلام فى قسم الكبد وزيادة حساسية عند الضغط وينضم لذلك يرقان شديد وغير ذلك من اعراض الاحتباس الصفراوى العظيم اذا استمر احتباس التجمعات الحصوية فى القناة الصفراوية ونتج عن ذلك التهاب فيها وبالجملة فقد يحصل فى مثل هذه الحالة تثقب فى القناة المذكورة والتهاب بريتونى تابعى (كما شاهده اندرال) لكن الغالب ان يكون هلاك المرضى بنتائج احتباس الصفراء المستمر مع اعراض النهوكة المعروف بالتسمم الصفراوى للدم

(المعالجة)

ينبغى الاجتهاد فى حفظ المرضى الذين اعتراهم نوب متكررة من المغص الحصوى الصفراوى ووقايتهم من تردد نوب جديدة أو غيرها من نتائج الحصوات الصفراوية وكلما كثر تردد نوب هذا المغص واتضح لنا من كثرة زوايا الحصوات الصفراوية المنقذفة وأسطحتها انه ولا بد لم يزل يوجد منها عدد عظيم فى الحويصلة الصفراوية كلما كان الاهتمام بالوسائط الصحية والعلاجية التى يتعشم فيهما وقاية المرضى عظيما وقد دلت التجارب على انه باستعمال مياه (كرلس باد) كثيرا ما تنقذف كمية عظيمة من الحصوات الصفراوية مع مكابدات قليلة فى الغالب وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال غير تلك المياه من المياه المعدنية الكثيرة القلوية كمياه ويشى وماريه باد وامس ونحو ذلك ولا يمكن توجيه هذا التأثير الجيد بكيفية شافية ولا القول مع التأكيد بان كان تأثيرها ناتجا عن ازدياد الصفراء ورقتها بسبب كثرة الشرب من تلك المياه وعن ازدياد وتنبيه الحركات الديدانية المعوية الممتدة الى الحويصلة المرارية بحيث انه يسهل انقذاف تلك الحصوات بهذا التأثير المزدوج أو بأنه يسهل انحلال تلك الحصوات وتفتتها بواسطة كثرة دخول المواد القلوية فى الجسم أو بانه يمتنع أو يتعذر تكون حصوات جديدة بواسطة القلويات ودخولها فى الدم وليس من البعيد عن العقل القول بانحلال الكولسترين بواسطة دخول كمية عظيمة من الاملاح الصفراوية القلوية

وزيادة على ذلك فن المشهور جدا فى معالجة المغص الحصوى الناتج عن الحصوات الصفراوية الواسطة العلاجية للطبيب (دوراند) وهى عبارة عن مخلوط مركب من الاتير ١٥ جراما (أعنى ثلاثة دراهم) وزيت الترمنتينا ١٠ جرام (أعنى درهمين) ويعطى من هذا المخلوط من ١٥ الى ٢٠ نقطة فى سواغ غروى ثلاث مرات كل يوم الى أن يصير تعاطى نحو الثلثمائة وخمسين جراما (أعنى رطلا) من هذا المخلوط غير ان هذه الواسطة العلاجية يعسر على المعدة تحملها ازمانا طويلا وكون الاتير وزيت الترمنتينا يحلان الحصوات الصفراوية عند وضعها فيهما لا يترتب عليه التعشم بأن هذين الجوهرين بوصولهما الى المعدة يصلان الى الحويصلة الصفراوية ويحلان

التراكمات الجرثومية المتجمعة فيها ولذا ان الواسطة العلاجية (الديوراند) ان كان لها تأثير جيد في الحصوات الصفراوية والتغيرات المرضية التابعة لها كما وصى بذلك كثير من الاطباء المشهورين والمعتمد على قولهم فلا بد وأن يكون حصول ذلك بكيفية أخرى غير معلومة لنا

والممدوح بكثرة في معالجة المغص الحصوى الصفراوى والمعتمد عليه هو استعمال الافيون مع الاقدام فتعطى صبغة الافيون البسيطة بقدر عشر نقط او المرفين بقدر سنتيجرام واحد في كل ساعة أو ساعتين ويكرر ذلك مرتين أو ثلاثة الى ان يحصل خدر خفيف واسرع من ذلك وأقوى منه في تسكين الآلام الحقن تحت الجلد بالمرفين بل وفي بعض الاحوال الشديدة جدا قد أوصى باستنشاق الكلوروفورم مع الاحتراس الى ان يحصل تأثير المرفين ومن الوسائط العلاجية المساعدة الضمادات الفاترة على البطن والحمامات الفاترة والكلورال الايدراتي لاجل احداث النوم وأقى المستعصى ينبغي مضادته بماء الصودا وقطع الجليد أو الشمبانيا أو بالحقن تحت الجلد بالمرفين في حفرة المعدة وان استطالت نوب الالم وازدادت الحمى وصار قسم الكبد شديد الحساسية عند الضغط وجب ارسال عدد عظيم من العلق على هذا القسم ووضع مثانات ممتلئة بالجليد والتمسك بمعالجة كالتي تفعل في الالتهاب البريتوني المحدود

ولا يندر أن يصير انحطاط المرضى عظيما جدا بحيث يلجئ الحال لاستعمال المنعشات مع الجواهر المسكنة للالم كالنبيذ والاتير والقهوة وأما استعمال المقيئات والمسهلات في أثناء النوبة فانه يزيد في الآلام وينبغي التوقي من استعمالها بالجملة لانه ليس خاليا عن الخطر وأما عقب زوال النوبة فلا بأس باستعمال مسهل لطيف سيما ان كان التبرز عقب النوبة قليلا وذلك لاجل سرعة انقذاف التجمعات الحصوية الموجودة في المعي مع البحث الجيد عن المواد البرازية ان كان في التشخيص بعض تغيهب

وأما معالجة التهاب المسالك الصفراوية وتقرحها الناشئ عن الحصوات الصفراوية فلا بد لنا من الاقتصار فيه على معالجة عرضية حيث لا قدرة لنا على ازالة السبب المستمر التأثير فينبغي المبادرة بفتح الخراجات المتموجة

فى جدر البطن ومعالجة النواصير التابعة لذلك طبقا لما تستدعيه قواعد الجراحة وأما انسداد المعى بحصوات صفراوية عظيمة فينبغى فيه استعمال الوسائط السابق ذكرها والمغص الشديد يستدعى استعمال المخدرات

(فى أمراض الطحال)

(المبحث الاول)

(فى احتقان الطحال ونموه المعروف بورم الطحال الحاد)

(كيفية الظهور والاسباب)

ازدياد حجم الطحال هو العرض الاكلينكى المهم لاغلب أمراض هذا العضو لا للمرض الذى نحن بصدده فقط وسهولة انتفاخ الطحال لا تتعلق بكثرة أوعيته فقط بل على الخصوص بتأليفه وتركيبه الخاص به أعنى بسهولة تمدد محفظته وجوهرها المبنى الاصلى المتكون من منسوج خلوى ذى الياف مرنة وألياف عضلية قليلة ملساء وبوجود مسافات خالية فى سلسلة الوعائية سواء كانت تلك المسافات عبارة عن مسافات حقيقية خالية بين الاوعية أو عن تمددات كهفية فى الاوعية الشعرية الوريدية فى مسالكها الدموية المنغلقة غلقا تاما وكان الطحال بواسطة حقنه بالماء أو نفخه (كما قاله ذلك) يتمدد تمددا عظيما كذلك يتزايد حجمه ازديادا عظيما فى أثناء الحياة بازدياد متحصله الدموى أو أخليته اللينفاوية فى زمن قصير بل قد يشاهد تغير واضح فى حجمه فى الحدود الصحية الطبيعية سيما انتفاخه بعد قليل من الساعات من تعاطى المطعومات أعنى فى الزمن الذى فيه تماثل العناصر الغذائية المنهضمة مع الدم وتختلط به ومن المعلوم تناقص حجم الطحال أيضا وصغره فى قليل من الدقائق باستعمال مقدار عظيم من الكينين

ثم ان ما يقال عموما بالنسبة لامراض الطحال اعنى من كون أغلبها عرضيا لمرض آخر وانها تنتج عن أمراض أولية أخرى يقال على الخصوص بالنسبة لاحتقان هذا العضو وينبغى تمييز شكلين من احتقان الطحال كاحتقان غيره من الاعضاء وهما الاحتقان التواردى والاحتباسى

أما الاحتقان التواردى فانه ينشأ عنه ورم الطحال فى الامراض التسممية الانتشارية الحادة كالتيفوس والحميات المتقطعة والتسمم العفن من الدم

والحمى النفاسية والتيفوس الطفحي والحميات التيفوسية ذات النكسة والحميات الطفحية الحادة وطبقا للمشاهدات (ويل) يحصل ورم في الطحال كعرض من اعراض الداء الزهري البنيوي ولو في قليل من الاحوال والمعالجة المضادة للداء الزهري كما تزيله تزيل أيضا ورم الطحال

وكذا طبقا للمشاهدات التي أجراها (فريدرايش) يحصل ورم حاد في الطحال في أحوال الدفتيريا الحلقية والحمرة الوجهية وبعض اشكال من الذبحة اللوزية والزكام الحاد ولا سيما الالتهاب الرئوي وارتكن هذا المؤلف على ذلك في رأيه القائل بان هذا المرض الاخير من طبيعة تسممية انتشارية في بعض الاحوال وليس من المعلوم لنا مع التأكيد ان كان توارد الدم المتزايد نحو الطحال في الامراض التسممية ناتجا من استرخاء جوهر هذا العضو بالتأثير اللاواسطي للدم المتسمم اوعن حالة شللية في العناصر العضلية من الجدر الوعائية ومن الجوهر الشبكي الخلالي أعني من اضطراب عصبي في الطحال وأما انتفاخه في الحميات المتقطعة فقد وجد بالاضطراب العظيم للدورة الذي يحصل في دائرة الجسم في اثناء طور القشعريرة وبازدياد امتلاء الاعضاء الباطنة بالدم ولاسيما الطحال القليل المقاومة عقب تناقص الدم الدائري من الجسم لكن هنالك مايدلنا على ان هذا الامر قليل الاهمية وهو ان عظم انتفاخ الطحال لا يكون بنسبة شدة طور القشعريرة وان الطحال يستمر انتفاخه في دور الحرارة وقد يكون الاحتقان التواردي نتيجة اضطراب الحيض بطريقة سباتوية وبالجملة قد يحصل هذا الاحتقان في الطحال في احوال جروح هذا العضو والتهاباته وتولداته الجديدة واوضح شكل من هذا الاحتقان يشاهد في احوال السدد الدموية لهذا العضو

وأما الاحتقان الاحتباسي للطحال فانه ينشأ غالبا عن تضايق او انسداد في الوريد الباب كما يتفق ذلك في كثير من امراض الكبد كالسيروز والتهاب الوريد الباب وغيرهما من الامراض وحيث ان أغلب الاحتقانات الوريدية البوابية الاحتباسية تكون ذات مدة طويلة لا بد وان يشاهد بجوار الاحتقان الطحالي تغيرات اخرى في جوهر هذا العضو ستذكر في المبحث

الآتى

وأقل من ذلك مشاهدة واتضاحا احتقانات الطحال الاحتباسية التى تصاحب أمراض القلب والرئتين العائقة لاستفراغ دم الاوردة الاجوفية ويمتد تأثيرها المذكور بعيدا عن أوعية الكبد الى أوعية الطحال

(الصفات التشريحية)

الطحال المحتقن يوجد دائما أعظم حجما وثقلا من الطحال السليم ماعدا الاحوال الاستثنائية التى فيها تكون محفظة هذا العضو متكاثفة فاقدة لمرونتها فيوجد فيها الطحال المحتقن متزايد الحجم وكل من تزايد الحجم والثقل يكون تارة قليلا وتارة عظيما جدا بحيث ان حجم هذا العضو وثقله يزيدان عن حالتهما الطبيعية باربع مرات أوست والطحال عند الشخص السليم البالغ يكون طوله فى الحد المتوسط من ٤ قراريط الى ٥ وعرضه من ٣ الى ٤ وسمكه من قيراط الى قيراط ونصف وثقله ٢٠٠ جرام الى ٢٥٠ والطحال المتزايد بواسطة الاحتقان يكون حافظا الشكله ومحفظته تكون متوترة ملساء غالبا وأغلبا فى الاحوال التى فيها يكون قد زال انتفاخ هذا العضو تكون متكدرة متينة وقوام الطحال متناقصا وذلك يحصل أيضا فى أحوال انتفاخ الطحال الناتج عن أمراض آجامية مادام هذا الانتفاخ حديثا ولم يحصل فى جوهر هذا العضو تغيرات أخرى تذكر فيما سيأتى والطحال المنتفخ يكون فى جثة الاشخاص الهالكين بالتيفوس او الحمى النفاسية او التسمم العفن من الدم رخوا جدا حتى ان جوهره عند شقه يظهر عجينيا ومع ذلك ينبغى عند الحكم على تماسك هذا العضو المحتقن اعتبار سرعة تعفن الجثة فى مثل هذه الاحوال ولو أن الطحال يكون أكثر دكنة كلما كان الاحتقان حديثا وعظيم الدرجة وفى الاحوال الحديثة جدا المرتقى فيها الاحتقان الى أعلى درجة يكتسب جوهر الطحال هيئة جلطة دموية حمراء مسودة ثم يصير فيما بعد محمرا أو بنفسجيا باختلاطه بمواد محمرة وفى بعض الاحوال تظهر الجسيمات الملبيجية المنتفخة النامية على سطح شق هذا العضو على هيئة نويات باهتة شبيهة بالدرن

و بالبحث الميكرسكوبى لا يوجد على شئ من العناصر القريبة سوى ازدياد

واضح فى الاخلية الطبيعية للمادة اللبية من الطحال وكرات دموية عديدة بحث لا حاجة الى نسبة انتفاخ الطحال الذى نحن بصدده لتغيرها التهابى أو نحوى فيظهر حينئذ ان الورم الحادث من الطحال ينشأ اما عن زدياد المتحصل الدموى لهذا العضو وارتشاح جوهره بمادة مصلية فقط أو مع ذلك عن ازدياد الاخلية الليمفاوية ازديادا وقتيا ومع هذا فقد ذكر بعض المؤلفين الذين يقولون بأن جرثومة الامراض السمية الانتشارية الحادة هى جسيمات آلية ونباتية ان تلك الجرثومة الطفيلية تكون متراكمة بعدد عظيم فى الطحال وفى المادة العضوية لاخلية جوهره اللبى

ثم ان ازدياد المادة اللبية من الطحال تتغير فلا تعرف عند استمرار احتقان هذا العضو زمنا طويلا فان هيئة الطحال وقوامه حينئذ يتغيران تغيرا عظيما ويبقى هذا العضو متزايدا فى الحجم على الدوام فتنشأ حالة تعرف بالورم المزمن من الطحال أو ضخامته وستذكر فى المبحث الآتى

(الاعراض والسير)

الانتفاخ الاحتقانى من الطحال يكاد يظهر على الدوام بدون أن تشتكى المرضى بآلام ذاتية أو احساسات متعبة ومع ذلك فالضغط على المراق الايسر قد يحدث تألما عندهم وهذه المشاهدة تطابق التجاريب المعلومة من ان تمدد الاعضاء القليلة المقاومة جدا تكون قليلة الالم بخلاف وتر الاغشية أو الاربطة أو نحو ذلك من الاجزاء التى يعسر تمددها فانه ينتج عنها ألم شديد فان اشتكت المرضى فى أثناء سير الحميات المتقطعة أو التيفوس أو نحو ذلك من الاحوال المرضية بألم فى قسم الطحال دل ذلك على ان المحفظة لطحالية قد اعتراها تكاثف ونحن بتغيرات مرضية سابقة وصارت غير مرنة أو على وجود تغيرات التهابية اعترت الطحال أو محفظته قد ظهرت فى أثناء سير تلك الامراض

وفى معظم الاحوال تفقد الظواهر المرضية المحسوسة للمريض التى يمكن نسبتها مع التأكيد لاحتقان الطحال لا للمرض الاصلى فاحتقان الطحال كان لا يعرف ولا يدرك لولا معرفة الطبيب بوجوده غالبا أو دائما فى احوال مرضية معلومة وانه فى كل حالة راهنة يبحث باللمس والقرع فيها حتى يثبت

هل هو موجود حقيقة أم لا
واحتقان الطحال الذي يظهر في أثناء سير الامراض التسممية يزول عادة بعد انتهاء سير المرض الاصلي ولا يخلفه تغير جوهري ما في هذا العضو ويختلف الحال بالنسبة لاحتقان الطحال الذي يصاحب الحميات المتقطعة واحتقانات نوارديه او احتباسية أخرى فيما اذا استمر هذا الاحتقان زمنا طويلا باستمرار تأثير التغيرات المرضية التي أحدثته وسنذكر في المبحث الآتي ان ضخامة الطحال تكون نتيجة ملازمة لاحتقاناته المستمرة زمنا طويلا ومن النادر ان يؤدي احتقان الطحال الى الهلاك ماعدا الاحوال التي فيها يتمزق هذا العضو وهذا العارض قد شوهد طروه في بعض أحوال الحميات المتقطعة والتيفوس والتيفويد الهيضي وحصول الموت اذ ذاك يكون في الحال باعراض النزيف الباطني عقب تمزق الطحال او بعد جملة ساعات او أيام وانذار احتقان الطحال لا يتعلق به بل بالمرض الاصلي المصاحب هو له وانتفاخ هذا العضو وان كان له غالبا اهمية في الطب العملي فاذاك الامن حيثية التشخيص اذ من المعلوم ان تشخيص كثير من الامراض التسممية لاسيما التيفوس يرتكن فيه غالبا الى وجود تمدد الطحال أو عدمه
وأما البحث الطبيعي فهو الذي يستدل منه بالاكثر على احتقان الطحال ولنذكر قبل شرح العلامات الطبيعية لانتفاخ الطحال الاحتقاني بعض كلمات على التشخيص الطبيعي لامراض الطحال عموما فنقول
ان الطحال الذي يوازي في الحالة الطبيعية بقطره المستطيل كلا من سير الضلع التاسع والعاشر من الجهة اليسرى يكون موضوعا بثلثه العلوي المقدم في تقعير الحجاب الحاجز ومغطى بالحافة السفلى من الرئة اليسرى بحيث ان الذي يمكن العثور عليه بالقرع هما الثلثان السفليان الخلفيان من هذا العضو لكن هذا الجزء من الطحال لا يمكن تحديد محيطه بالقرع تحديدا تاما وذلك لان الصوت الاصم الناشئ من الطحال في هذا الجزء يختلط في جزء من امتداده بالصوت الاصم للكلية اليسرى بحيث ان الذي يمكن تحديده بالقرع تحديدا تاما هو الثلث السفلي فقط وأما الطرف السفلي المقدم من الطحال فيكون موضوعا عادة خلف الطرف المقدم من الضلع الحادي

عشر واعلى منه بقليل ولذا يقال عادة ان الطحال متزايد فى الحجم متى كانت الاصمية المقدمة من الطحال مجاوزة لخط يتوهم امتداده من قمة الضلع الحادى عشر الى المفصل القصى الترقوى اليسارى لكن الحد المقدم لاصمية الطحال يكاد لا يصل عند بعض الاشخاص الى الخط الابطى اليسارى فبعض الاطباء الغير المتمرنين لا يجدونها بالقرع وذلك لانهم يبحثون عنها نحو الامام والاجود عند البحث عن الطحال بالقرع أن يوضع المريض مائلا الى اليمين قليلا ثم يبتدأ بالبحث عن القطر العامودى لاصمية هذا العضو فى الخط الابطى وتحديده وهذا القطر يختلف امتداده فى الحالة الطبيعية فقد يكون صغيرا جدا يكاد لا يقاس وقد يكون امتداده من ٥ سنتيمترات الى ٦ ويعثر الطبيب فى الغالب على الحد العلوى من أصمية الطحال حذاء اندغام الضلع الثامن وأعلى من ذلك عندما يكون الطحال متزايدا فى الحجم وينبغى تعيين هذا الحد ابتداء فانه من النادر أن يعرض عسر فى ذلك وبالجملة فالقاعدة المتبعة هو تعيين حدود الطحال على الدوام فى الحال التى يتيسر لنا فيها ذلك بسهولة اذ بذلك يسهل علينا تعيين الحدود الاخرى وكثيرا ما لا يتضح وقتيا بالقرع على الطحال وجود تمدد فى هذا العضو اوعدمه وذلك فى الاحوال التى يكون فيها انتفاخه قليلا جدا وازدياد أقطار أصميته قليلا وكذا فى الاحوال التى فيها يكون مغطى بجزء من المعدة أو من القولون المتمددين تمددا طبلبيا بحيث انه مع عظم حجمه تظهر أصميته متناقصة أو زائلة بالكلية وكذا فى الاحوال التى فيها يكون الطحال مغطى بدلا عن الاحشاء المحتوية على هواء بالاعضاء الخالية عنه كالمعدة الممتلئة بالمطعومات والقولون الممتلئ بمواد ثفلية والفص اليسارى من الكبد المتزايد فى الحجم ونحو ذلك وأصمية الطحال تغير موضعها كاصمية الكبد فى أثناء التنفس بحيث انها تتزحزح الى اسفل فى مدة الشهيق بنحو قيراط وتصعد الى اعلى فى اثناء الزفير التام بهذا القدر ايضا وعند الوضع على الجهة اليمنى تصير اصمية الطحال اكثر غورا واقل امتدادا ولذا كان من الجيد البحث عن المريض فى اوضاع مختلفة حتى يمكن التحقيق من تناقص اصمية الكبد اوتزايدها مع ملاحظة تعيين حد اصمية هذا العضو فى كل وضع

و بالجس يمكن بسهولة معرفة ورم الطحال المجاوز لحافة الاضلاع من الاسفل وتمييزه عن غيره من الاورام و يندر أن يتسدد ورم الطحال الحاد الذى يمن بصدده الى تجويف البطن وغاية ما هنالك انه يحس به عند التنفس العميق جدا والبحث بالجس له أهمية عظمى فى تشخيص ورم الطحال المزمن الآتى بيانه فى المبحث الثانى

(المعالجة)

احتقان الطحال يندر أن يكون موضوعا لمعالجة لا واسطية فانه بشفاء المرض الاصلى يكاد يزول على الدوام انتفاخ الطحال بدون مدخل للصناعة وان بقى انتفاخ الطحال الحاد فى أحوال استثنائية وكان قائما بنفسه كما يشاهد ذلك عقب بعض الحميات الاجامية وجب استعمال الكينين بمقدار عظيم أو الكينويدين الذى هو أقل ثمنا فانهما واسطتان نوعيتان أكيدتا التأثير اذ من المعلوم انه بعد تعاطى محلول الكينين بقدر جرام يحصل ولا بد تناقص فى أهمية الطحال بعد عشر دقائق و يحصل كذلك تناقص فى الطحال المنتفخ بجملة من السنتيمترات فى أثناء استعمال الشلشل البارد طبقا لمشاهدات فاورى وقد شاهد مسلر انقباضات واضحة فى الطحال عند ملامسته للماء البارد ملامسة لا واسطية وشوهد هذا التأثير ولو بدرجة قليلة بوضع الماء البارد على الطحال من خلال الجدر البطنية وهو اقوى عقب استعمال التشلشل البارد عند وضع المكمدات الباردة أو الاكياس الجليدية على قسم الطحال ومع ذلك فهذا التأثير أقل ولا بد من تأثير الكينين المحدث لانقباضات فى الطحال وعلى كل حال فنضم استعمال الماء البارد سواء كان على شكل الحمام البارد أو المثانات الجليدية أو التشلشل البارد لاستعمال الكينين فى آن واحد فى معالجة ورم الطحال الحاد والمزمن فان ذلك انجح واتم من استعمال هذه الواسطة الاخيرة على حدتها واما قوة تاثير الكينين باتية فى اورام الطحال المستمرة زمنا طويلا فى الشفاء فلم يتأكد منها بالكلية

(المبحث الثانى)

(فى ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاحوال المرضية الموجبة لضخامة الطحال لا تعتبر كالاشكال المختلفة من اشكال الطحال المذكورة فى المبحث السابق تغيرات مرضية ابتدائية ذاتية بل تعتبر نتيجة عرضية لتغيرات مرضية متنوعة فحينئذ فحص الطبيب عن التغير المرضى الاصلى المحدث لضخامة الطحال هو الغاية التشخيصية التى ينبغى التأكد منها ومن المعلوم ان بعضا من الاسباب الاصلية المؤدية لاحتقان الطحال يحدث أيضا ضخامة فى هذا العضو وذلك فيما اذا صارت تلك الاسباب المرضية الاصلية مزمنة ولذا توجد أورام طحالية مزمنة تعتبر درجة متقدمة من الاورام الطحالية الحادة الواصلة لحالة الضخامة وأكثر اشكال الاحتقان التواردى للطحال الذى يؤدى فى الغالب لضخامة هذا العضو هو الاحتقان الذى يكون مرتبطا بالتسمم الآجامى ولذا نشاهد الاورام المزمنة من الطحال ليس فيما اذا كان التسمم الآجامى يسير بصفة الحميات المتقطعة ذات النكسات العديدة فقط بل كذلك فيما اذا نتج عن تأثير هذا التسمم حميات مترددة أو نهوكة مزمنة بدون أدنى نوب حمية فانه فى المحال المتسلطنة فيها التصاعدات الآجامية تسلطنا وطنيا يوجد عدد عظيم من الاشخاص معتريهم ورم الطحال المزمن العظيم الحجم جدا

ومن النادر جدا أنه يستمر انتفاخ الطحال على شكل ورم مزمن فى هذا العضو عقب أمراض تسممية انتشارية أخرى كالتيفوس والحمى التيفوسية ذات النكسة والداء الزهرى البنيى وقد تؤدى الاحتقانات الاحتباسية للطحال الناتجة عن عوائق دورية الى ضخامة مستمرة فى هذا العضو وذلك يقال على الخصوص بالنسبة للاحتقان الاحتباسى فى هذا العضو المتعلق بمرض فى الكبد أو فى الوريد الباب أو المتعلق بمرض مزمن فى القلب أو فى الرئتين وهذا أندر من السابق وجميع أورام الطحال المزمنة المذكورة (ماعدا الناتجة عن التسمم الآجامى) تصل عادة الى حجم متوسط وأما ورم الطحال المزمن الذى يصاحب اللوكيميا الصادق والكاذب فسنذكره عند شرح هذين المرضين فى آخر هذا الفصل

*(الصفات

(الصفات التشريحية)

الاورام الطحالية المزمنة السابقة الذكر تختلف صفتها على حسب كون العناصر المتزايدة من الجوهر اللبي للطحال أو الجوهر الخلوي أي الضام لعناصره او كون التزايد فيهما معا على حد سواء ففي الحالة الاولى أعني عند تزايد أخلية الطحال وكثرة تراكمها يكون قوام هذا العضو قليل التزايد وسطح شقه يظهر لونه اعتياديا اما أحمر قانيا أو احمر دا كنا بحسب درجة كثرة الدم فيه وقلته واما تزايد حجمه ووزنه فقد يكون عظيما جدا لاسيما نوع ورم الطحال اللبكيمي الذي هو من هذا القبيل فانه يمكن أن يصل الى حجم ووزن عظيمين جدا (فيكون طوله من ٢٠ الى ٣٠ سنتيمترا ووزنه من ٦ ارطال الى ١٢ رطلا)

وأما في احوال ضخامة الجوهر الضام الخلوي فان قوام هذا العضو يكون متزايدا جدا صلبا و يظهر الجوهر اللبي المتيبس على سطح الشق ذا هيئة لحمية عضلية ويمتد فيه الجوهر الخلوي على هيئة حواجز مبيضة متكاثفة ونوع ضخامة الطحال الناشئة عن التسمم الآجامي تظهر غالبا لونا أسمر سنجابيا أو ترابيا بل مسودا عقب تراكم أخلية بجمنتية في جوهر هذا العضو تكون تارة سائبة وتارة منحصرة في الخلية وسنذكر ذلك عند شرح الميلانيمي ومحفظة الطحال الواقعة في الضخامة تكون متكاثفة متيبسة بسبب ما يعتري غشاءه المصلي من الالتهاب الخفي ولا يندر التصاقها بما جاورها من الاعضاء وقد وجد في أورام الطحال التي من هذا القبيل بورات دموية اسفينية الشكل مطابقة لما سيذكر في مبحث السدد الدموية المتكيسة لهذا العضو

(الاعراض والسير)

قد استنتج من بعض الاحوال ان ضخامة الطحال قد تستمر زمنا طويلا بدون اضطراب عظيم في الصحة العامة عقب انطفاء التغير المرضي الآجامي الاصلي التي نتجت هي عنه ومثل هذه الاحوال يستدل منها اما على ان الطحال المتزايد في الحجم يمكن اتمام وظيفته أو أن غيره من الاعضاء يحل محله والذي يرتكن اليه في القول الاخير هو الامر المعلوم من أن بعض الكلاب الذي

استؤصل الطحال منه قد يبقى زمنا طويلا حافظا الحالة تغذية عامة جيدة ويتناسل الى غير ذلك ومع هذا فى معظم الاحوال تشاهد اضطرابات بنية عامة مهمة عند وجود الضخامة الطحالية المذكورة ولو أن تلك الاضطرابات يمكن نسبتها بدون واسطة للمرض الاصلى الذى نشأ عن ورم الطحال لكن لا ينكر أن درجة تلك الاضطرابات العامة تتعلق ولا بد بعظم ورم الطحال وطول مكثه فان معظم المرضى المعتريهم ورم عظيم فى الطحال من منذ زمن طويل يظهرون فى حالة انيمية فاقدين القوى واهم ويكتسب الجلد عندهم لونا أصفر شمعيا او دا كما عند الاشخاص السمر (المعروفة بهيئة التطحل) وكل من الشفتين والاغشية المخاطية يظهر باهتا خاليا عن الدم ويوجد عندهم ضيق فى النفس بسبب التناقص العظيم فى كرات الدم الحمراء بحيث يحصل عندهم ضيق فى النفس عند الاحتياج لسرعة التنفس عقب المجهودات الجسمية وكذا التغذية جدر الاوعية الشعرية قد يعتريها التغير عقب فقر الدم فيحصل فيها هشاشة مرضية و يسهل تمزقها وخروج الدم منها أعنى سوء القنية الدموى فتطرأ أنزفة شعرية بدون أسباب مدركة لاسيما النزيف الانفى أى الرعاف والنزيف الجلدى اى النمش وليس للقول المعلوم من ان الرعاف عند المصابين بأمراض فى الطحال يحصل من طاقة الانف اليسرى ادنى صحة والانزفة المعدية والمعوية ان ظهرت ينبغى الالتفات الى كونها لا تحصل فقط من سوء القنية الدموى بل من احتباس دموى ميخانيكى فى الوريد الباب متعلق بالمرض الاصلى وكل من الانيميا والايدريميا يرتقى فى الدرجة متى تقدم هذا المرض الى أن يظهر سوء القنية الاستسقائى فتحصل الاوذيما فى الاطراف السفلى ابتداء ثم الاستسقاء اللحمى فى الاحوال الثقيلة

والبحث الطبيعى يستدل منه فى أحوال أورام الطحال المزمنة على علامات تشخيصية أكيدة زيادة عما يستدل منه فى اورام الطحال الحادة فان الاخيرة بسبب قلة ازدياد حجم الطحال فيها غالبا لا يستدل عليها الا بواسطة القرع لا يمكن العثور عليها جيدا بواسطة الجس بخلاف الاولى فلكون الطحال فيها يعظم حجمه جدا يكون بارزا اسفل قوس الضلع اليسارى بجزئه السفلى فيكون ولا بد واضحة عند الجس بحيث يكاد لا يشك فى تشخيصها وزيادة

عن ذلك فالطحال الواقع فى الضخامة لايتغير شكله تقريبا وبهذا وبقيسه العظيم عند الجس تسهل معرفتها الكلية فلايحس فى كثير من الاحوال بالطرف السفلى من الطحال الذى يكون حافظا الاتجاهه الى أسفل والانسية نحو الخط المتوسط من البطن فقط بل يحس كذلك بطرفه السفلى سيما الحافة المقدمة الحادة له مع الميازيب الموجودة فيه وهذه الميازيب تعظم عند ما يعظم حجم الطحال وتصير كثيرة الوضوح وعند وجود جملة منها وكان بين كل اثنين منها فصيص مستدير ربما انقيب الحال على الطبيب غير المتمرن فيظن بان هذا الورم خبيثا

والاورام الطحالية العظيمة يمكن أن ينتج عنها تحدب عظيم فى الجهة اليسرى من البطن بقرب الارتفاق العانى من الاسفل الى نحو المسافة الضلعية السادسة أو الخامسة من الاعلى وان انضم البحث بالجس البحث بواسطة القرع وجدان الجزء الممكن الوصول اليه من الطحال بالجس يقابله جزء آخر أصم عند القرع خلف جدر الاضلاع وهذان الجزآن يكونان لشكل بيضاوى عظيم وحركات ورم الطحال الناشئة عن حركة الحجاب الحاجز يمكن أن ينتج عنها فى بعض الاحوال لغط يحس و يسمع

وورم الطحال المزمن لايكون مؤلما مادامت محفظته البريتونية غير ملتهبة بل ويكون قليل الحساسية عند الضغط عليه ومع ذلك فقد يكون متعبا بثقله العظيم فيتعذر على المريض النوم على الجهة اليمنى كما انه بارتفاعه الى أعلى ودفعه الحجاب الحاجز يحدث عسر فى التنفس وسعال

(الحكم على العاقبة والمعالجة)

الحكم على عاقبة ضخامة الطحال يتعلق من جهة بقابلية شفاء المرض الاصلى ومن هذا القبيل ضخامة الطحال الناتجة عن التسمم الآجامى او الزهرى ومن جهة أخرى يتعلق بعظم الورم وطول مدته فان الاورام المزمنة العظيمة الحجم جدا من الطحال لا يتعشم بشفائها شفاء تاما والذى يتعشم بشفائه هى الاورام الطحالية الصغيرة الغير المزمنة جدا ومع ذلك فقد ذكر (ببرجر) انه شاهد شفاء تاما فى بعض الاحوال التى كان وصل الطحال فيها الى حجم يفوق عن حجمه الطبيعى باربع مرات أوستة بالاقل وكان واصلا الى

السرة تقريبا ومع وجود ورم الطحال واستمراره لامانع من استمرار الحياة جملة سنين

ثم ان شفاء المرض الاصلى الناتج عنه ورم الطحال هو الدلالة الابتدائية لمعالجة هذا المرض ففى الاحوال التى فيها يكون ورم الطحال ناتجا عن التسمم الآجامى ينبغى تغيير محل الاقامة واستعمال المركبات الكينينية سيما الكينين اذ بذلك يتحصل على النجاح انما ينبغى للمرضى عدم الرجوع بسرعة الى الاماكن الآجامية واستعمال المركبات الكينينية زمنا طويلا مع الاستمرار بل وفى أحوال ضخامة الطحال المزمنة جدا يجوز استعمال هذه المركبات الكينينية وفى الاحوال التى فيها الا يثمر الكينين بانفراده يتحصل على نجاح منه بانضمامه الى كبريتور الانتيمون الذهبى بمقدار يزاد فيه منهما شيأ فشيأ (بأن يعطى من كل منهما من نصف قمحة الى ثلاث قمحات ثلاث مرات أو أربعا كل يوم كما ذكره بمبرجر) وأما ورم الطحال المزمن الناتج عن الليكيميا الحقيقية والكاذبة وعن انسداد الوريد الباب وسيروز الكبد والامراض الثقيلة للرئتين والقلب فليس للصناعة فيها غالبا نجاح كالامراض الاصلية المتعلقة هى بها

ومن المستعمل بكثرة فى معالجة الاورام الطحالية المزمنة اليود سيما على شكل المياه المعدنية اليودية (عند الاشخاص الغير المتقدمين فى النهوكة) ويودور الحديد والحديد الذى له تأثير واضح عند اتضاح ظواهر الانيميا وأما منفعة ملح النوشادر الحديدى المستعمل بكثرة فهذه غير مثبتة والاجود فى الاستعمال والموصى به بكثرة هو استعمال المركبات الكينينية والحديدية فى آن واحد والاوفق فى ذلك استعمال الحديد على شكل مياه الحديد فى بعض البقاع أو الحمامات الحديدية فى أثناء الفصل الجيد من السنة وعند الاشخاص الاقوياء يمكن استعمال شرب المياه الصودية المحتوية على ملح الطعام أو ملح جلوبير والاستحمام بها ومن المشهور فى ذلك الاستحمام بالمياه القلوية الحديدية الموجودة فى ماريه باد وفرانسباد وتبلتس ونحو ذلك

وأما ما يخص المعالجة الموضعية لورم الطحال فقد استنتج من تجارب المعلم (بودكين) انه باستعمال الكهربائية يمكن الحصول على تصغير حجمه ولو كان

ورم هذا العضو واصلا لحجم عظيم واستعمال الكهر باتية بقصد ذلك يكون بتسليط التيار الكهربائي المتقطع على قسم الطحال في اتجاهات مختلفة من خمس دقائق الى خمس عشرة دقيقة بل أمكن معرفة التأثير الكهربائي المنقص لورم الطحال بالبحث بواسطة القرع والمقارنة قبل تأثيره وبعده وأما الاستعمال الموضعي للماء البارد في انتفاخ الطحال فقد ذكر في المبحث السابق

(المبحث الثالث)

(في الاستحالة النشوية للطحال المعروفة بالطحال الدهني)

يراجع بالنسبة لاسباب الاستحالة النشوية وطبيعتها ماذكرناه مع البيان في مبحث الاستحالة النشوية للكبد منعا للتكرار

الاستحالة النشوية للطحال تبتدأ كما في غير هذا العضو من الاعضاء من الشرايين والاوعية الشعرية الرفيعة ثم تمتد الى العناصر الخلائية للحويصلات الملبيجية وابـ هـذا العضو وقد تكون حويصلات الطحال هي المكابدة للاستحالة المرضية بانفرادها وتظهر حينئذ في الطحال القليل التزايد في الحجم على هيئة جسيمات من حجم حب الدخن الى حب الشهدانج ذات لون سنجابي شفاف شبيهة بالساجو المطبوخ (وهذا هو المسمى بالطحال الساجي) وان كانت هذه الاستحالة معترية الطحال بتمامه اكتسب هذا العضو في الاحوال المتقدمة الواضحة حجما عظيما جدا كما في احوال الضخامة المذكورة في المبحث السابق وحينئذ تكون الحافة المقدمة القاطعة من الطحال مستديرة وقوامه يكون يابسا صلبا وسطح شقه أملس مستويا ذا لمعان شبيه بلمعان الدهن ولونه داكن أو أحمر قاتم بل أحمر سنجابي والاوعية الطحالية كباقي أوعية الجسم محتوية على دم قليل الاحمرار مائع

وفي احوال الاستحالة النشوية من الطحال تكون المرضى انيماوية كثيرا اوقليلا وواقعة في حالة نهوكة ويحصل هنا أيضا كما في احوال الضخامة البسيطة أنزفة من الانف وكدم واستسقاء ومع ذلك ففي هذا الشكل من ورم الطحال يزداد عسر توجيه تعلق هذه الاعراض باستحالة الطحال

أو عدمه فانه فى مثل هذه الاحوال يوجد غالبا زيادة عن المرض الاصلى استحالات تشوية فى غير هذا العضو من الاعضاء كالكبد والكليتين والمعى وغير ذلك ومثل هذه التغيرات لا ينبغى ولا بد اعتبارها عند الحكم على اعراض النهوكة

ثم ان البحث الطبيعى خصوصا بواسطة الجس يتضح به وجود مرض فى الطحال متفاوت العظم كما ذكر فى المبحث السابق والاستدلال على ان ورم الطحال ناتج عن الاستحالة التشوية وليس عن ضخامة هذا العضو لا يتيسر الا فى الاحوال النادرة التى فيها الا يكون الكبد معتريه الاستحالة التشوية ايضا وواضحة فيه علاماتها والتى فيها الا يوجد مرض من الامراض الاصلية التى تنشأ عنها الاستحالة التشوية

وأما ما يقال بالنسبة للحكم على عاقبة الاستحالة التشوية للطحال ومعالجتها فهو عين ما قيل فى مبحث الاستحالة التشوية

(المبحث الرابع)

(فى السدد الدموية للطحال والتهابه)

(كيفية الظهور والاسباب)

السدد الدموية للطحال تحصل فيه أكثر من باقى الاعضاء ما عدا الكليتين وهى تنشأ فى معظم الاحوال بلا شك عن انسداد بعض الشرايين الصغيرة بواسطة السدد السيارة السابحة فى الدم وهذه السدد تنشأ غالبا من القلب الايسر وتكون عبارة عن تعقدات دموية أو تولدات فطرية صمامية أو بقايا المنسوجات المتقرحة المندفعة بواسطة التيار الدموى فان من النوادر العظيمة ان لا يوجد فى الطحال سدد دموية حديثة أو قديمة فى جثة الهالكين بعيوب فى الصمامات مع بروزات أو تمزق فيها أو فى الاعمدة اللحمية من القلب ويندر أن تكون السدد السيارة ناشئة عن أنورزما الاورطى أو من بورات متنكرزة فى الرئتين بعد مرورها من الاوردة الرئوية والقلب الأيسر قبل وصولها الى الاورطى والشريان الطحالى ومن الجائز أن يكون ينبوع السدد السيارة من المجموع الوريدى الدائرى او البوابى وحينئذ يشترط أن تكون قد مرت فى هذه الحالة من الاوعية

الشعرية

الشعرية الرئوية والكبدية فانه ليس من المعلوم وجود بوزات انتقالية فقط في الرئتين بل وفي الطحال والكليتين وغيرهما من الاعضاء في احوال التسمم الصديدي للدم بواسطة تقيحات دائرية كما انه يوجد في أحوال الالتهاب الوريدي البوابي تغيرات التهابية ليست فقط في الكبد بل وبعيدا عن هذا العضو

وعلة كون التغيرات الانتقالية في الطحال وغيره من بعض الاعضاء لا تحصل وتقضي بدون احداث اضطرابات تزول بسهولة كما يحصل ذلك في غير هذا العضو من أعضاء الجسم توجه بأن كل فرع من فروع الشريان الطحالي لهدائرة توزيع وانتشار مخصوصة بدون أن ينتهي بشبكة وعائية شعرية ويتفمم بغيره من الشرايين المجاورة له ففروع الشريان الطحالي عبارة عن انتهاآت شريانية (كما ذكر مكونهاين) فالانسداد السددي لاحد الفروع الشريانية يحدث ولابد في الجوهر المتوزع فيه هذا الشريان تراكما دمويا محدودا يعقبه نزيف فيه وهي السدة الدموية ولتراجع كيفية حصول السدد الدموية منعا للتكرار فيما تقدم

ثم انه يشاهد في الحالة التي فيها لاتؤثر السدد الدموية السيارة السابحة في الطحال أوغيره من الاعضاء تأثيرا ميخانيكيا فقط بل تؤثر كذلك بخواصها الكيماوية التسممية كالسدد السيارة الناشئة عن تعقدات دموية متفسدة أومن بورات صديدية أوفيحية حصول التهاب مفسد يمتد بسرعة الى الاجزاء المحيطة بها بواسطة التهيج الناتج عنها فيؤدي ذلك الى تكون قيح او صديد مع فساد جوهري في المنسوج المعبر عنها بالخراجات الانتقالية

وقد تحصل السدد الدموية في الطحال حصولا استثنائيا في أثناء سير بعض الامراض التي لاتؤدي الا لاحتقانات تابعية في هذا العضو فتوجد هذه السدد الدموية في أحوال التسمم الاجامي والتيفوس وبعض الامراض الطفحية الحادة وغير ذلك وقد وجد باشكويدس عند قطعه لبعض الفروع العصبية الطحالية سددا دموية في أجزاء هذا العضو الموازية لتلك الاعصاب وفي مثل هذه الاحوال تكون السدة الوعائية الثابتة هي التي احدثت السدة الدموية في الطحال عقب عسر الدورة الموضعية وبطئها

وقد ينشأ الالتهاب الطحالى التابعى عقب التهيج الممتد الى هذا العضو من تغيرات مرضية مجاورة كسرطان المعدة وقرحتها او النضح البريتونى الالتهابى المتكيس اذ بذلك يحصل الالتهاب ابتداء فى محفظة الطحال ثم يمتد من هذا الى جوهر هذا العضو وأما الطحال فلاميل قليل للالتهاب الذاتى فالالتهاب الطحالى الاولى الناتج عن أسباب غير معلومة يعد من النوادر العظيمة بل والمؤثرات الجرحية الواقعة على قسم الطحال تكون مهلكة للمرضى بجروح الطحال أو تمزقه أو النزيف البطنى أكثر من كونها تحدث التهاب الطحال وتقيحه التابعى

(الصفات التشريحية)

السدد الدموية للطحال تظهر عادة بشكل اسفينى تقريبا قاعدته متجهة نحو دائرة الطحال ملامسة لمحفظته غالبا وقمته متجهة نحو فرجة هذا العضو ومن هذا الشكل ومن تحديد السدة الدموية تحديدا واضحا وامتدادها يتضح انها قاصرة على فرع شريانى وامتداد السدة الدموية الطحالية يختلف باختلاف عظم الشريان المصاب وقد لا توجد الاسدة واحدة وقد تتعدد وتختلط ببعضها غالبا والمنسوج المنسكب فيه الدم يظهر ذا لون قاتم أو احمر مسود متيبسا منسدمجا وباقى جوهر الطحال يكون محتقنا احتقانا متفاوت الدرجة والطبقة المصلية المغطية له تكون ملتهبة فى الجزء المجاور للسدة الدموية وبعد استمرار هذه البورة الدموية زمنا طويلا يتغير لونها من المركز بسبب مكابدة الجوهر الليفى للاستحالة الشحمية واستحالة المادة الملونة للدم الى مادة ايماتودينية حبيبية متبلورة وفى الاحوال الجيدة قد تمتص المادة المائعة فيخلفها اندبة منسدمة بجمنتية ينتج عنها انبعاج واضح فى السطح الظاهر من الطحال وقد يحصل تنكرز فى البورة مع استحالة جبنية أو استحالة كلسية تابعية

وأما البورات الصديدية الالتهابية للطحال فوجودها نادر (بقطع النظر عن التجمعات الصديدية الانتقالية التى ليس لها أهمية اكلينيكية عملية عامية بسبب السير السريع القتال من المرض الاصلى) والسدد الدموية الطحالية ليس لها ميل عظيم للانتهاء بالتقيح ولذا ان خراجات الطحال

الحقيقية لاتشاهد الاعقب الاصابات الجرحية بندرة وعقب امتداد التهيج من مرض مجاور للطحال الى جوهر هذا العضو او انتهاء للالتهاب الطحالى غير المعروف السبب فى بعض الاحوال والتغيرات الالتهابية التى تسبق تكون الخراج فى أحوال التهاب الطحال التقيحى غير معروفة لنا معرفة تامة فقد وجدت خراجات طحالية قديمة متكيسة فى منسوج ابقى وفى العادة تمتد تلك الخراجات وفى مثل هذه الحالة يمكن أن يتلاشى جميع منسوج الطحال الى المحفظة الطحالية فتمتد تمددا عظيما جدا على شكل جيب ممتلئ بمواد صديدية وحينئذ يمكن أن تمزق محفظة هذا العضو فيصل متحصل الخراج الى تجويف البطن أو الى باطن أحد الاعضاء الحشوية ان كان غمد الطحال ملتصقا بما حوله قبل التمزق وقد ذكرت أحوال فيها انسكب خراج الطحال فى المعدة والقولون وتجويف البلورا من خلال الحجاب الحاجز أو وصل الى الخارج بعد انثقاب جدر البطن

وفى الاحوال النادرة قد يضمحل خراج الطحال عقب تكاثف متحصله واستحالته الى مادة طباشيرية أو عقب انفجار محفظته أو استفراغه الى الخارج

(الاعراض والسير)

السدد الدموية الطحالية لاتعرف فى كثير من الاحوال الا عند البحث عن الجثة فان السدد الدموية الصغيرة لاينتج عنها عادة ألم ولا ازدياد مدرك فى حجم الطحال ومن جهة أخرى توجد أحوال فيها يشاهد كلا العرضين المذكورين وهما الالم فى قسم الطحال والانتفاخ الواضح فى هذا العضو لكن الظواهر المرضية المصاحبة لذلك فى الحالة الراهنة لاتسمح بالتأكيد ان كانت تلك الظواهر ناتجة عن السدة الدموية الطحالية أو عن مجرد احتقان الطحال وذلك متى كان المرض الاصلى من جملة الامراض التسممية التى يشاهد فيها كلا هذين التغيرين فلا يصل التشخيص الى درجة من التأكد الا فى الاحوال التى فيها يوجد بجوار الاعراض المرضية المذكورة مرض أصلى ينتج عنه غالبا سدد سيارة فى الشرايين الدائرية فان شوهد مريض مصاب بعيب فى احد الصمامات القلبية أو بالتهاب حديث فى الغشاء الباطن من

القلب واشتكى هذا المريض بثقل أو ألم فى المراق الايسر يزداد عند الضغط والضم لذلك فى ووجد عند البحث الطبيعى تزايد فى حجم الطحال لم يكن موجودا من قبل بقليل وجب تشخيص سدة دموية طحالية والآلام تنتج عن الالتهاب البريتونى الجزئى المضاعف لهذه السدة والتى ظاهرة عرضية وعظم الطحال ينتج عن الاحتقان التواردى لهذا العضو ويكتسب التشخيص تأكيدا عظيما ان وجدت سدد سيارة فى أعضاء أخرى كالكليتين والدماغ والشريان المركزى الشبكى والاطراف وأما معرفة الخراجات الانتقالية لهذا العضو المصاحبة للتسمم الصديدى من الدم فغير أكيدة فان كلا من ازدياد حساسية قسم الطحال وانتفاخه اللذين يشاهدان فى أحوال البييميا فيمكن نسبتهما لمجرد احتقان هذا العضو

وأغلب الخراجات الطحالية الذاتية التى شرحت كان سيرها كامنا فلم تعرف مدة الحياة فان كلا من القشعريرة وحمى الدق وتغير لون السحنة المنهوكة والنحافة السريعة والظواهر الاستسقائية وان دل على مرض ثقيل الا ان طبيعة هذا المرض بقيت غالبا مجهولة وفى الاحوال التى فيها انضم لتلك الظواهر آلام فى المراق الايسر وازدياد ما رك فى حجم الطحال جاز فيها فعل التشخيص مع التقريب واما فى الاحوال النادرة أمكن التشخيص فيها مع التأكيد عند وجود التموج الواضح بل وفى مثل هذه الاحوال ينبغى ابدا التنبيه على أن كل بورة صديدية فى قسم الطحال لا يكون دائما منشؤها هذا العضو ثم ان انثقبت محفظة الطحال من الخراج وانسكب متحصله فى تجويف البطن ظهرت اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر وان كان الانسكاب فى مسافة متكيسة من تجويف البطن ظهرت اعراض الالتهاب البريتونى المحدود وانسكب متحصله فى المعدة او القولون المستعرض واستفرغ الصديد المختلط بالدم اما بالتقايؤ أو بالتبرز وان حصل التثقب فى تجويف البلورا والرئة أو الى الخارج شوهدت ظواهر مشابهة لما ينشأ عن تثقب خراجات الكبد نحو هذه الاتجاهات

(المعالجة)

الصناعة الطبية ليس لها قدرة على مضاربة السدد الدموية الطحالية والالتهاب

الطحالى التقيحى فنقتصر على مقاومة الاعراض القوية بواسطة المعالجة التسكينية فعند وجود آلام شديدة تستعمل الاستفراغات الدموية الموضعية و لضمادات وعند وجود القئ العرضى تعطى القلويات الكربونية أو الفوق كربونية وان اشتد وصار متعبا استعملت المخدرات والخراجات ذات التموج ينبغى فتحها بسرعة مع الاحتراسات التى ذكرت عند فتح خراجات الكبد

(المبحث الخامس)

(فى تدرن الطحال وتسرطنه والاكياس الايكينوكوكية)

تدرن الطحال يحصل اما حصرا ولا تابعا للدرن الدخنى على شكل درن دخنى كثير ذى لون سنجابى وتارة على شكل الارتشاح الجبنى وتدرن الاجربة المعوية والعقد المساريقية على شكل تجمعات درنية يندر ان تصل الى عظم القندقة ومن النادر أن تتلاشى وتسكون كهوفا وتدرن الطحال لا يمكن معرفته مدة الحياة ولذا لا يسوغ الكلام على معالجته

وكذا سرطان الطحال يندر مشاهدته ويظهر ان شكل السرطان النخاعى هو الوحيد الذى يظهر فى هذا العضو وجميع الاحوال التى ذكرت من سرطان الطحال كان طروه ليس أوليا بل انضم لسرطان المعدة أو الكبد أو العقد الليمفاوية خلف البريتون وقد يكتسب الطحال شكلا ذا تحدبات بواسطة التولدات السرطانية العظيمة

وحيث ان سرطان الطحال من النوادر العظيمة فعند الاستدلال على اى ورم طحالى لا نوجه فكرنا الى هذا المرض الا بعد اخراج باقى اورام هذا العضو فلا يشخص سرطان الطحال الا متى لم يحفظ ورم هذا العضو الشكل الخاص به وكان مكونا لتحدبات فى سطحه الظاهر وأمكن مع ذلك وجود سرطان فى المعدة أو الكبد

وأما الاورام الايكينوكوكية فيندر مشاهدتها فى الطحال أيضا بعظم متفاوت وتكاد تحصل فى هذا العضو على الدوام عند وجود مايماثلها فى الكبد ولا يمكن معرفتها مدة الحياة الا عند وجود بروزات كرية فيها جميع أوصاف الاورام الايكينوكوكية مع ازدياد حجم الطحال

(المبحث السادس)

(فى تحول الطحال وانتقاله)

الطحال كغيره من الاعضاء الحشوية الجوهرية فيه ميل للتحول وحصول ذلك ليس فقط بتحوله بواسطة الضغط الواقع عليه من الحجاب الحاجز المندفع الى أسفل اندفاعا غير طبيعي أو بواسطة أورام ضاغطة عليه من الاسفل الى الاعلى او التجمع الغازى أو الاستسقاء الزقى بل انه هذا العضو فى بعض الاحوال يظهر فيه تحول واختلاف وضع غير طبيعيين وذلك لانه لم يكن مثبتا تثبيتا جيدا بأربطة البريتون (وهى الرباط الحجابى الحاجزى والمعدى الطحالى المعلق بهما والرباط القولونى الطحالى المستند به) وعقب استطالة تلك الاربطة استطالة خلقية أو ناتجة عن الجذب العظيم الواقع عليها وفى مثل هذه الاحوال يسقط الطحال الى أسفل فى تجويف البطن وذلك يحصل بالاكثر متى اعترى هذا العضو ازدياد فى حجمه ووزنه كورم الطحال المزمن الناتج عن الحميات المتقطعة ومن المستغرب ان جميع أحوال تحول الطحال التى شوهدت تختص بالنساء لا بالذكور وقد ظهر فى بعض الاحوال ان اختلاف وضع الطحال نتج عن شدة المشاق الجسمية

ثم انه فى الاحوال الخفيفة يكون الطحال ساقطا الى أسفل ومجاوزا لحافة الاضلاع بقليل بحيث انه يزيد وقتيا عند الضغط القليل عليه مع الوضع اللائق للجسم والاحوال المتقدمة من الطحال المتنقل شرحها (روكتنسكى) بالكيفية الآتية وهى ان الطحال يكون موضوعا غالبا فى القسم الحرقفى اليسارى وقد يكون فى اليمنى منه وتكون فرجته متجهة الى أعلى ومثبتا بعنيق متكون من الرباط المعدى الطحالى المنجذب المتباعدة ثنيتاه عن بعضها والبنكرياس والاوعية الطحالية ويكون الطحال مع ذلك ملتويا على محوره العرضى جملة مرات كما يتضح ذلك من التواء العنيق المعلق هو به ويظهر ان تلك الالتواآت تبتدئ بتفرق اتصال فى الرباط الحجابى الحاجزى الطحالى وانقلاب هذا العضو الى الامام والطحال المتحول بهذه الكيفية يكابد التصاقات غشائية عديدة مع ما يحيط به من الاجزاء فى محل تحوله وزيادة عن ذلك تعتريه تغيرات تنسب لاضمحلال الاوعية المنجذبة

الملتوية فيحصل فيه انكماش أو ضمور ولا يندر أن يحصل المريض تحول لطحال زمناً طويلاً بل طول الحياة عقب ضمور هذا العضو لكن هذا التحول في بعض الاحوال قد يصير فيما بعد دقتالا وذلك بواسطة انجذاب المعدة وعوق الدورة في أوعيتها المنجذبة الملتوية فيحصل في قاعها تغنغر ويعين على ذلك أيضاً تمدد المعدة الناتج عن انجذاب البنكرياس وتحوله الى نحو الجزء السفلى المستعرض من الاثنى عشرى وضغطه على الحبل الوعائى النافذ في فرجة الطحال فلا يمر الدم منه

ثم ان تشخيص تحول الطحال ليس فيه أدنى صعوبة فبفقد اصمية الطحال من محلها وان لم يدل على تحول هذا العضو بزول ولابد التغيب والشك عند وجود ورم في تجويف البطن يتضح فيه بالجس شكل الطحال وتزايد حجمه

والمعالجة في مثل هذه الاحوال ليس فيها مارب سوى حفظ هذا العضو برباط رطنى من الاربطة المرنة وذلك لمنع انجذاب عنقه وحفظه من الحركة وعند وجود تزايد في حجم هذا العضو تستعمل المعالجة اللائقة بطبيعة ذلك

(تذييل لامراض الطحال)

(المبحث الاول)

(في الليكيميا الحقيقية والليكيميا الكاذبة أى الدم ذى اللون الابيض أو ذى الكرات البيضاء)

(كيفية الظهور والاسباب)

ازدياد الجسيمات الدموية العديمة اللون أو البيضاء ازدياداً وقتياً يحصل في عدة من التغيرات الصحية والمرضية كما يحصل في أثناء الهضم والحمل وبعض الامراض الالتهابية والفقد الدموى العظيم ونحو ذلك لكن اختلاف حالة الدم المذكورة ونسبة أجزائه لبعضها لا تكون مرضاً قائماً بنفسه كاختلاف كمية الكرات الحمر للدم كثرة وقلة بل ان ذلك ينتج عن أحوال مختلفة

وعكس ذلك يقال بالنسبة لليكيميا فانه في هذا المرض المهم الذى يمكن التعبير عنه تبعاً للمعلم (ورجوف) بانه تغير في تركيب جوهر الدم متى اعتبرناه هذا السائل منسوجاً من حالة المنسوجات يحصل تكون مستمر في الجسيمات المبيضة

أو العديمة اللون للدم بدلا عن الكرات الدموية الحمر بحيث ان هذه الاخيرة تتناقص وأما الاولى فان عددها يزداد وأول من عبر عن الخلايا العديمة اللون الموجودة فى دم الاشخاص المصابين بهذا المرض بأنها جسيمات دموية بيضاء حقيقة هو المعلم (ورجوف) الذى اتخذنا معارفه من هذا القبيل اساسا لشرحنا فى هذا المرض بخلاف كل من المعلم (بونيت وششو وفلبو) فانهم من قبله اعتبروها جسيمات صديدية وزيادة على ذلك فقد برهن الشهير (ورجوف) على ان الصفة اللبكيمية يمكن أن تكون متعلقة بتغير فى الطحال كما تكون متعلقة بتغير فى الغدد الليمفاوية ولذا يميز لهذا المرض شكلان احدهما الشكل الطحالى والثانى الشكل الليمفاوى والتغيرات التى تعترى كلا من الطحال والغدد الليمفاوية والاجربة الليمفاوية عند المصابين باللبكيميا عبارة عن ازدياد فى العناصر الخلوية المكونة للب الطحال أو المالئة لهالات الغدد الليمفاوية وحيث انه يوجد الدم فى هذا المرض مشحونا بالعناصر الخلوية المذكورة التى ينتج عن تراكمها فى الطحال والغدد الليمفاوية انتفاخ هذه الاعضاء فمن لواضح البين ان الاورام اللبكيمية تنشأ عن ازدياد فى تكون العناصر الخلائية لا عن احتباسها فيها فقط

وقد أجاد المعلم (ليمن) فى العصر المستجد فى تنبيهه على ان النخاع العظمى له مدخل فى تكوين الدم بمعنى انه ينشأ منه خلايا عديمة اللون قابلة للانقباض تطابق بالكلية الجسيمات الليمفاوية تستحيل تدريجا الى جسيمات دموية حمراء وبرهن على انه يوجد زيادة عن الشكلين المذكورين من هذا المرض وهما الشكل الطحالى والليمفاوى شكل ثالث وهو الشكل النخاعى ولننبه الآن على ان هذه الاشكال المختلفة من اللبكيميا تكون مرتبطة ببعضها بحيث يندر وجود شكل طحالى أو غددى ليمفاوى قائم بنفسه والغالب وجود الشكلين كما ان الشكل النخاعى لم يكد يشاهد على انفراده الى وقتنا هذا بل مرتبطا بهما

وفى بعض أحوال من هذا المرض التى شرحها كل من ورجوف وفريدرايش وبوتشر وموسلر وغيرهم كانت تكون اعضاء أخرى عناصر خلوية ليمفاوية

فى بورات محدودة كالكبد والكليتين والغشاء المخاطى المعوى والبليورا بحيث لايكون الحال مقتصرا فى مثل هذه الاحوال كما قاله (ورجوف) على سوء اختلاط اللنفاوى فقط بل أيضا على دياتيز لينفاوى اى سوء قنية اللنفاوى

ثم ان أسباب الليكيميا غير واضحة لنا ويظهر فى بعض الاعضاء ان هذا المرض متعلق بجميات متقطعة مزمنة وبالداء الزهرى الثانى ومؤثرات جرحية كما يكون متممة لقاعند النساء باضطرابات تفاسية أوحيضية اسكة فى أحوال عديدة لم يتيسر الوقوف على حقيقة السبب الاصلى لهذا المرض ويظهر ان الحرمان والمشاق الجسمية والعقلية تعين على حصول هذا المرض فان اكثر أحواله المعروفة شوهدت عند الفقراء المحرومين وهذا المرض النادر الحصول يصيب على الخصوص الذكور وتقل مشاهدته عند النساء ويحصل فى كل طور من الحياة لكن أكثر وجوده فى الطور المتوسط من الحياة

(الصفات التشريحية)

نسبة الجسيمات الدموية المبيضة فى الدم وهو على حالته الطبيعية الكريات الحمر كواحد الى الثمانية وخمسين بخلاف مافى الليكيميا فان عدد الاولى قد يتزايد تزايدا عظيما جدا والثانية يتناقص تناقصا عظيما بحيث ان نسبة عدد الاولى للثانية يكون $\frac{1}{8}$ او $\frac{1}{4}$ بل $\frac{2}{3}$ ولذا لايرى عندما يكون الدم مكتسبا لخواصه الطبيعية فى بورة المكروسكوب الاقليل جدا من الكرات الدموية المبيضة بخلافه فى أحوال الليكيميا فقد يشاهد منها فى البورة المذكورة نحو العشرين بل أزيد والجسيمات الدموية العديمة اللون التى تشاهد فى هذا المرض تماثل بالكلية الجسيمات اللنفاوية للطحال وللعقد اللنفاوية والنخاع العظمى ولذا تشاهد مثلها اما على هيئة خلايات صغيرة ذات نواة واحدة وهى تكون غالبا أصغر من جسيمات الدم الحمر او على شكل خلايات عظيمة متعددة النويات مماثلة بالكلية للجسيمات الصديدية و لاولى توجد غالبا فى الشكل اللنفاوى من لليكيميا وأما الثانية فانها توجد فى الشكل الطحالى من هذا المرض تبعا لرأى ورجوف وحيث انه يوجد فى الغالب اشكال مختلطة من الليكيميا أكثر من وجود الشكل الطحالى

أو الليمفاوى على انفراده فكذلك يوجد غالبا كل من هذين الشكلين من الاخلية معا

وقد استنتج من البحث عن الدم اللبكيمى أيضا ان وزنه النوعى منحط جدا عن الدم الطبيعى فان الدم فى الحالة الطبيعية يكون وزنه فى الغالب نحو ١٥٥ بخلاف الوزن النوعى للدم اللبكيمى فانه يكون من ١٣٦ الى ١٤٩ وأما تناقص الوزن النوعى لسائل الدم فانه يكون أقل وضوحا واستمرارا وفى الدم اللبكيمى تزداد كمية الماء بخلاف أجزائه الصلبة فانها تكون متناقصة ولو مع ازديادا لجسيمات الدموية المبيضة وما ذلك الا من تناقص الجسيمات الدموية الحمر تناقصا عظيما وبهذا الاخير يقل الوزن النوعى للجسيمات الدموية المبيضة يوجه تناقص الوزن النوعى لكتلة الدم بتمامها وأما المادة الزلالية من الدم ومادته الليفية واملاحه فلا يمكن معرفة تغيرات قارة فيها وأما التناقص العظيم لما يحتوى عليه الدم من الحديد فيوجه بفقد الكرات الدموية الحمر وزيادة على ذلك فالدم اللبكيمى تظهر فيه تغيرات كيماوية مهمة فقد ذكر (سيرر) انه من جملة الاوصاف الثابتة للدم اللبكيمى أن يكون ذا خواص حمضية (بخلاف موسلر فانه وجد الدم اللبكيمى الحديث الخروج من أوعيته قلويا) وأثبت ان سبب تلك الخواص الحمضية هو وجود حوامض عضوية فيه كحمض الفرميك والخليك واللبنيك وزيادة على ذلك فانه وجد فى الدم اللبكيمى جوهرا شبيها بالغراء ولم يكن مماثلا له بالكلية وكذلك الاجستين والهيبوكسانتين واللبسين وحمض البوليك لكن لا ينبغى اعتبار وجود هذه الجواهر الكيماوية سببا أصليا لهذا المرض بل ان ظهور هذا المرض وتكونه تبعا لورخوف يحصل بالكيفية الآتية وهو ان يحصل فى عضو من الاعضاء الليمفاوية اصابة بحالة نمو وضخامة فى عناصره الخلاوية ومن هذا العضو تمتد التغيرات الى الدم وهذه التغيرات تكون تارة كيماوية بأن تختلط بعض العناصر التى كانت موجودة من قبل فى السائل الجوهرى لهذا العضو بالدم بكمية عظيمة وتارة تكون هذه التغيرات تغيرات فى الشكل وذلك بأن تدخل ايضا عناصر خلوية من هذا العضو فى الدم بكمية عظيمة ويوجد عند فتح جثة الهالكين باللبكيميا فى القلب سيما

القسم الايمن منه والاوعية العظمة تعقدات مصفرة او مصفرة مخضرة غالبا شبيهة بالصديد المنعقد رخوة هشة كما نه قد وجد ايضا فى الفروع الرقيقة من الشريان الرئوى والاوردة القلبية واوردة السحايا الدماغية مادة عديمة اللون شبيهة بالصديد وعدد الجسيمات الدموية المبيضة يختلف باختلاف اجزاء الجسم المأخوذ الدم منها فيكون عظيما جدا فى الدم المأخوذ من القلب الايمن والاجوفية والشريان الرئوى وقليلا فى الدم المأخوذ من القلب الايسر ووجد عددها فى حالة شاهدها بوردى فى الدم المأخوذ من الوريد الطحالى متضاعفا بالنسبة لعددها فى الدم المأخوذ من الوريد الودجى

والطحال فى أغلب أحوال الليكيميا يوجد متمددا تمددا عظيما جدا فقد يرتقى وزنه من خمسة ارطال الى سبعة بل الى اثنى عشر رطلا ومقاومته وزمه تكون متزايدة تزايدا عظيما وعند شقه يرى غالبا جوهره على حالة طبيعية وأحيانا بدلا عن كونه أحمر مزرقا يكون مسمرا أو احمر قانيا شبيها باللحم واحيانا يكون مرصعا بجسيمات مبيضة عديدة والحواجز الليفية تكاد تدرك تارة وتارة تكون كثيرة الوضوح ومن النادر أن تكون أجربة الطحال متمددة تمددا عظيما ومتميزة عن لب الطحال الاحمر بلونها المبيض وبالبحث الميكروسكوبى يتضح كما ذكرنا فى أحوال ضخامة الطحال السابق ذكرها الموافقة لها الضخامة الليكيمية موافقة تامة ان العناصر الطبيعية لهذا العضو تكون متزايدة ومتراكمة على بعضها تراكما قويا كما قاله (ورجوف) ومحفظة الطحال تكون فى غالب الاحوال سميكة ملتصقة بما حولها غالبا وقد وجد فى أحوال عديدة زيادة عن ضخامة الطحال بورات سددية دموية قديمة فيه

ويظهر ان الاصابة الطحالية لليكيمية تبتدئ بحالة احتقان واردى فى هذا العضو والغدد اللنفاوية تكون فى الشكل الغددى من هذا المرض اوراما عظيمة جدا لا تتميز باوصاف مخصوصة عن غيرها من الضخامة البسيطة لتلك الغدد بل انها تكون حافظة لشكل هذه الغدد الاصلية وجوهرها طبيعيين والغدد الباطنة التى وجدت منتفخة هى على الخصوص الغدد المساريقية والقطنية والخثلية واما الغدد الظاهرة فالذى يشاهد منها منتفخا هى الغدد

العنقية والابطية والاربية وبالجملة قد تشترك جميع غدد الجسم فى الانتفاخ وفى الغالب يعترى الطحال الانتفاخ أيضا ومع ذلك فقد شاهد ورجوف حالة كان فيها الطحال حافظا لحجمه الطبيعى وقد شاهدنا حالة من هذا المرض أيضا لم يكن فيها الطحال مدة الحياة متزايدا فى الحجم وكانت العقد اللينفاوية منتفخة انتفاخا عظيما جدا والغدد اللينفاوية المنتفخة تكون رخوة باهتة ذات سطح ظاهرى أملس ولمعان شبيه بلمعان الماء وطبقتها القشرية سميكة جدا بحيث يحصل ثخنها فى بعض الاحوال الى نصف قيراط أو ثلاثة ارباع قيراط وتكون هيئتها النخاعية مستوية وعند الضغط عليها يسيل منها سائل مائى عكر وزيادة عن الغدد اللينفاوية قد شوهدت أعضاء غددية أخرى مشتركة فى الاصابة فى هذا المرض كالاجربة المعوية ولاسيما غدد بير والغدة التيموسية والدرقية واللوزتين واجربة اللسان والحنجرة والقصبة الهوائية

وفى معظم أحوال الليكيميا يوجد الكبد متزايدا فى الحجم أيضا وقد يكون قوامه رخوا لكن الغالب أن يكون صلبا مندمجا وماذلك الامن كون أخلية الكبد يعتريها ازدياد ناتج عن ضخامتها او كثرة نموها واما ما يخص التغيرات التى توجد فى الشكل النخاعى العظمى من الليكيميا فقد زعم ليمن والحق معه ان اصابة النخاع العظمى وان لم تكن من الظواهر الملازمة لهذا المرض لابد أن تكون احدى ظواهره الكثيرة الحصول وقد شاهدنا حالة من الليكيميا الطحالية مع اصابة فى النخاع العظمى وصار فتح الجثة فيها ومع ذلك لم يشاهد فى أثناء الحياة ادنى عرض يدلنا على اصابة النخاع العظمى ويوجد فى هذا الشكل نوع نمو منتشر فى عموم الكتلة النخاعية العظمية فيوجد فيها عناصر خلوية كالتى يشاهد فى الدم الليكيمى (بل ويوجد أشكال اخر من تلك العناصر الخلائية تقرب من كرات الدم الحمر) وهذه العناصر الخلائية تملأ القناة المركزية النخاعية من العظام والهالات الكائنة فى اجزائها بحيث يكتسب باطن العظام هيئة فرد وسحنة كانها صديدية بحيث يميل الطبيب للقول بوجود التهاب عظمى نخاعى صديدى منتشر فى جميع الهيكل العظمى

ومن المهم ذكره وجود التراكم المرضى للعناصر اللنفاوية فى غير الاعضاء اللنفاوية الحقيقية فان هذا التغير شوهد فى بعض الاحوال اذ قد شاهد المعلم ورحوف حالتين كان فيهما فى جوهر الكبد وحالة أخرى كان فيها فى جوهر الكليتين بقع صغيرة سنجابية بالضغط عليها يخرج منها سائل مبيض متكون من نويات سائبة متراكمة على بعضها وأخلية صغيرة كادت تكون ممتلئة بنوياتها وهذا التكون المرضى الجديد كان محاطا بغشاء رقيق يسهل نزعه من الجوهر المحيط به والظاهر انه كان ناشئا من جدر الاوعية أو المسالك الصفراوية وقد شاهد أيضا (فريدرايش) حالة وجد فيها ماعيا ثل ذلك ليس قاصرا على الكبد والكليتين بل فى البليورا ايضا والغشاء المخاطى المعدى والمعوى كما انه قد شوهد فى العصر المتأخر مشاهدات عديدة من هذا القبيل وجد فيها ارتشاحات نخاعية محدودة وممتدة فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المصلى وبين العضلات وفى جوهر الشبكية ونحو ذلك ويظهر ان ذلك ناشئ من جهة عن سبح الكرات الدموية المبيضة الى محال بعيدة أو عن تكون جديد حقيقى من عناصر لنفاوية غددية فقد زعم ورحوف أن الكرات المبيضة للدم هى ينبوع سوء القنية الليكيمى وانه بواسطتها ينتشر الجوهر المحدث للتسمم فى هذا المرض فيؤثر فى اعضاء بعيدة عن محل تكونه لكن التجارب التى فعلها (موسلر) بنقل الدم الليكيمى فى حيوانات سليمة لم يتحصل منها على طائل وهناك مرض آخر مشابه بالكلية لليكيميا ويسمى باسماء متعددة فيسمى بالليكيميا الكاذبة وبداء هودجين وبالانتفاخ الغددى كما سماه (ترسو) وبالانيميا اللنفاوية وبالاورام اللنفاوية الخبيثة وهذا المرض المجهول بالكلية بالنسبة لاسبابه يشاهد فى البالغين والاطفال وفيه توجد جميع التغيرات المدركة والميكروسكوبية فى الطحال والغدد اللنفاوية كما فى الليكيميا الحقيقية بدون أن يوجد فيه عند البحث عن الدم ازدياد فى الجسيمات الدموية البيض للدم وأما الكرات الحمر فانها تكون ولابد متناقصة وفى الشكل الليكيمى الكاذب يوجد كذلك تكونات جديدة لنفاوية فى الاغشية المصلية والكبد والرئتين والسرب ونحو ذلك

(الاعراض والسير)

المرضى تشتكي عادة في ابتداء هذا المرض باعراض عصبية انيماوية غير قارة كالتعب والضعف عند الاشتغال وتغير الهيئة والقلق وآلام في الرأس ودوار ونحو ذلك وفي أحوال أخر قد يكون انتفاخ البطن والاحساس بالضغط والالم في المراق الايسر وغيرهما من علامات تمدد الطحال هي الاعراض الابتدائية لليكيميا وقد يحصل انتفاخ الطحال بكيفية تدريجية بحيث لا يمكن معرفة ابتداء تكونه أو انه يحصل على دفعات في أثنائها يكون قسم الطحال مؤلما وتحصل حمى عند المرضى وأما في الشكل الليمفاوي فان هذا المرض يبتدئ بانتفاخ في الغدد الليمفاوية الدائرية كالغدد الليمفاوية لاحدى جهتي العنق أو الابطين أو الاربيتين ومن هنا يمتد الى باقي الغدد الليمفاوية وقد تحقق انما من بعض المشاهدات الاكيدة حصول انتفاخ لطحال والغدد الليمفاوية جملة من السنين قبل أن يتضح تغير الدم وبازديادا حتواء الدم على الكرات البيض يصير لون المرضى منتقعا أو ترابيا وحيث ان تناقص الكرات الدموية الحمر في هذا المرض يكون أعظم منه مما في الدرجات العظيمة من الكلوروز فالمرضى يصير لونهم في الاحوال الواضحة من هذا المرض باهتا كالشمع ويكاد ينضم لذلك على الدوام ضيق في النفس وعسر فيه وهذه الظواهر لا يعرف سببها عند البحث عن الصدر وتوجه ولابد بتناقص الكرات الدموية الحمر فانها هي التي بواسطتها يرد الاوكسيجين الى جميع اصقاع الجسم وان ارتقى تمدد الطحال الى درجة عظيمة جدا

ومجموع هذه الاعراض لابد وان يقوي الظن بوجود الليكيميا عند المرضى ويلجئنا للبحث عن الدم فان أخذ من المريض كمية قليلة من الدم وتركت للانعقاد شوهد بين الطبقة الغمامية الشحمية والجلطة الدموية الحمراء بعض عقد او طبقة متماسكة رخوة ذات لون سنجابي أو سنجابي محمر مشتملة على الكرات الدموية البيض الخفيفة الثقل وان رج الدم المأخوذ وخلى عن مادته الليفية وترك زمنا للراحة في انبوبة دقيقة رسبت الكرات الدموية الحمر الثقيلة في القاع وبقيت الكرات الدموية البيض الخفيفة في الجزء العلوي من الانبوبة مكونة لطبقة قيحية أو لبنية وعندما يكون ازدياد الكرات

البيض عظيما جدا يتضح لون الدم المستخرج بلونه الاحمر الباهت وعند وضع نقطة من الدم الليكيمي اسفل المكروسكوب يشاهد ازدياد الكرات الدموية البيض بالنسب التي تقدم ذكرها وقد يحصل عسر في التشخيص متى أمكن اثبات ازدياد الكرات الدموية البيض لكن ازدياد اقل كواحدة على خمسين أو على خمسة وعشرين مثلا فان الواقع حينئذ يكون اما عبارة عن ازدياد في الكرات الدموية البيض ازديادا وقتيا أو حالة ليكيمية غير متقدمة ففي مثل هذه الاحوال بوجود الليكيميا يتضح ثبوت ازدياد الكرات الدموية البيض ازديادا مستمرا يرتقي الى درجة عظيمة مطابقا للازدياد تدريجي مستقر أيضا في الاعضاء اللينفاوية كما ذكره (موسلر) وعند وصول هذا المرض الى أشد درجة يتحقق من وجود ورم عظيم مزمن في الطحال بل والكبد يوجد حينئذ متزايدا في الحجم وان كانت الغدد اللينفاوية مشتركة في الاصابة وجدت مكونة لتعقدات عظيمة في العنق والابط والاربيتين ويكون الجلد المغطى لهاذا الورم طبيعي سهل الحركة ولذا كان من المهم للتمييز بين انتفاخ الغدد الليكيمي والخنازيري ان الاول يقل ويندر ميله للتجبن والالتهاب والتقيح والانفجار مع خروج قيح غير جيد

وينضم في غالب الاحوال للاعراض السابق ذكرها سوء قنية نزيفي فيحصل عند المرضى ارزفة متكررة وحصولها يكون اما من القناة المعدية او في المنسوج الخلوي تحت الجلد أو الرحم أو المسالك البولية أو الرئتين أو في الدماغ أحيانا وبهذه المضاعفة يسرع حصول الانتهاء المحزن فان المرضى اما أن تهلك فجأة بالسكتة الدماغية او انها من تكرار الفقد الدموي بحيث انها تنحط وتهلك باعراض النهوكة والانيميا وان لم يطرأ سوء القنية النزيفي اكتسب المرض سيرا بطيئا جدا ماعدا الاحوال الاستثنائية فتستمر الحالة جملة من السنين والحمى قد توجد أو تفقد وفي الغالب تطرأ في الابتداء حركات حمية ولربما كان ذلك في اثناء نمو الغدد اللينفاوية او ورم الطحال أو من مضاعفة التهابية بريتونية أو غير ذلك من الالتهابات وفي الانتهاء تصير الحمى مستمرة وتصطحب بعرق غزير

ومن الاوصاف الواضحة للبول ظهور الهيبوكسانتين وازدياد حمض البوليك

متعـددة من الجسم وأبتدئ بالحقن بمقـدار صغير بنحو نصف جرام حتى يتحقق لى مقدار قوة الامتصاص وأتمادى فى الحقن تحت الجلد كل يوم

(المبحث الثانى)

(فى الميلانيميا (اعنى التلون الاسود للدم او الدم المسمر)

(كيفية الظهور والاسباب)*

يوجد بالدم فى أحوال الميلانيميا مادة ملونة حبيبية اما سائبة أو محاطة بالخلية أو بتعقدات رقيقة ولا شك ان هذه المادة الملونة آتية من المادة الملونة للدم لكن لا نعلم فى اى محل تتكون وباى مؤثرات تحصل

ثم ان معظم المؤلفين يعتبر الطحال ينبوعا أصليا لتكون هذه المادة فى الميلانيميا وفى الواقع كثرة وجود الاخلية البجمنتية فى طحال الحيوانات التى يعتبرها بعض المؤلفين حالة فسيولوجية وبعضهم حالة مرضية وكذلك الامر المعلوم انه فى هذا المرض يكاد يكون الطحال هو العضو الوحيد المتراكم فيه هذه المادة يدل و يثبت ان هذه المادة الملونة منشؤها الغالب فى الطحال لكن هذا لا يثبت ان تكونها يكون فى الطحال على انفراده وانها لا تتكون فى أعضاء أخر أيضا وقد شرح (فريركس) حالة من الميلانيميا لم يوجد فيها فى الطحال مادة ملونة ووجد منها كمية عظيمة فى الكبد بحيث انه اعتبر هذا العضو بورة تكون فى هذه الحالة

ويستدل ولابد من ظهور المادة الملونة فى الدم على تلاشى الكرات الدموية الحمر وفسادها سواء حصل ذلك فى الطحال على انفراده أو فى محال أخرى أيضا فجميع المشاهدات تثبت ان حصول ذلك يكون فى الغالب بواسطة التسمم الآجامى و يظهر ان الاشكال الخفيفة والبسيطة من الحميات المتقطعة لا ينتج عنها تكون المادة الملونة السمراء فى الدم بالكلية او بكيفية واهية جدا انما الاشكال الثقيلة من هذا المرض يظهر انها تنتج فقط من الحميات الآجامية الخبيثة فان المشاهدات العديدة للاطباء المقيمين فى البلاد الحارة جدا افعات على التلون المسمر الداكن للاعضاء المختلفة لاسيما الدماغ الذى يوجد فى جثة الهالكين بالحميات المترددة تقرب من العقل ان هذا الشكل

من التسمم الآجامي يؤدي كذلك على الدوام أو اقله في الغالب الى حصول الميلانيميا ومن القريب للعقل ان تمدد الاوعية واتساعها وبطء سير التيار الدموي في الطحال المتعلق به في احوال الحميات المتقطعة الخبيثة والحميات الآجامية المترددة للبلاد الحارة جدا يرتقي الى درجة عظيمة جدا بحيث ان الدم يركد في الطحال ويستنتج من هذا زيادة عن ذلك ان الكرات الدموية الحمر تتلاشى في الدم الراكد وتفسد فيتكون من مادتها الملونة (المعروفة بالهيماتين) مادة ملونة متغيرة بجمنتية كما يشاهد ذلك بكثرة في الدم الراكد بعد خروجه من أوعيته والذي ينافي توجيه تكون المادة البجمنتية من احوال ميخانيكية فقط هو الامر المعلوم من انه في الحميات المتقطعة انتفاخ الطحال وبطء التيار الدموي فيه قد يرتقي الى درجة عظيمة جدا بدون ظهور الميلانيميا وانه بعكس ذلك قد تشاهد الميلانيميا في أحوال لا يكون انتفاخ الطحال فيها الا قليلا وحينئذ ينبغي القول بان تسمم الجسم بالميازما الآجامي له ولا بد ايضا تأثير مفسد في جسيمات الدم الحمر وان لم يكن هذا التأثير معلوما لنا الى الآن وان هذا التأثير في بلادنا لا يحدث تنكرزا وفسادا في الكرات الدموية الحمر وتكون البجمنت من مادتها الملونة الطبيعية الا بكيفية استثنائية بخلافه في البلاد الحارة جدا فانه يحدث ذلك غالبا أو على الدوام في الحميات المتسلطنة تسلطنا وطنيا في هاتيك البقاع

ومن الامور السهلة التوجيه تبعا لمشاهدات (ورچوف) كون المادة البجمنتية الموجودة في الدم لا تظهر فقط على شكل تحببات سائبة بل توجد كذلك في الاخلية التي لا لون لها فان المؤلف المذكور شاهد عند حل الهيماتين في خلطة دموية بواسطة الماء ان الهيماتين يظهر غالبا متعلقا بالجسيمات الدموية العديمة اللون ولذا يسوغ القول بان الهيماتين عند الفساد العظيم للاخلية الدموية في الطحال ينضم الى الاخلية العديمة اللون للب الطحال ويصل معها الى الدم وأصعب من ذلك في التوجيه البجمنت في الدم على شكل تعقدات او خطوط غير منتظمة ومن الجائز انها متكونة من المادة الليفية الراسبة على التحببات الرفيعة الزاوية للمادة البجمنتية لكن أقرب من ذلك للعقل ان المادة التي تضم التحببات البجمنتية الى بعضها

وتحيط بها على هيئة حوية شفافة ناشئة من المادة العنصرية الاولية وهى الزلالية المتحدة بالمادة الليفية فى الاخلية التى فسدت وتلاشت

* (الصفات التشريحية) *

المادة الجمنتية التى توجد فى دم القلب والاوعية عند المصابين بالميلانيما تكون مسودة ومن النادر أن يوجد مع هذه المادة المسودة مادة مسمرة أو صفراء مسمرة وهذه المادة عند معاملتها بالحوامض والقلويات الكاوية تظهر فيها الصفة الخاصة بالمادة الجمنتية المرضية كما قاله (ورجوف) وهى ان المادة الجمنتية الحديثة التكوين يتقع لونها ثم تفقده بالكلية بخلاف المادة القديمة التكوين فانها تقاوم هذا التأثير زمنا طويلا والحبيبات الجمنتية الصغيرة يكون شكلها مستديرا غير منتظم ويكاد ينضم منها على الدوام عدد عظيم أو قليل بواسطة جوهر لالون له الى تعقدات مستديرة أو مغزلية أو غير منتظمة كما شاهد ذلك (ميكل) الذى هو أول من شاهد المادة الجمنتية فى الدم والخلايا المحتوية على المادة الجمنتية تكون تارة فى عظم الجسيمات الدموية البيض وشكلها وتارة تكون أعظم منها ذات شكل مغزلى وهذه الاخيرة تشابه الخلايا المغزلية التى توجد فى لب الطحال واعتبرها (كوليكر) انها طبقة بشرية لاوردة الطحال وزيادة عن هذه الاشكال قد شاهد (فوريركس) تعقدات أعظم من ذلك غير منتظمة الشكل وتكونات اسطوانية يظهر انها من طابع الاوعية الرفيعة

ثم ان المادة الجمنتية تصل مع الدم الى جميع أعضاء الجسم وبحسب تفاوت تراكمها فى الاوعية الشعرية يحدث لونا متفاوت الدكنة فى المنسوجات المختلفة ومعظم هذه المادة يوجد تبعا لما ذكره (بلانز) و (فوريركس) فى الطحال بحيث يصير لونه ترابيا سنجابيا او مسودا غالبا

وزيادة عن ذلك توجد كمية عظيمة من المادة الجمنتية فى الكبد والدماغ لاسيما فى جوهره القشرى فالكبد يظهر لونه غالبا سنجابيا لماعا او مسودا والجوهر القشرى من الدماغ يكون لونه كلون الشكولاتا أو الجرافيت ولا يندر أن يشاهد تراكم جمنتى عظيم فى الكلية بحيث ان جوهرها القشرى يكتسب لونا سنجابيا قطعيا وقد تكون المادة الجمنتية متراكمة بكمية عظيمة فى

الاوعية

الاوعيــة الرئو يةولم نشاهدهذه المادة متراكمة بكمية عظيمة فى أوعية باقى المنسوجات مطلقا ومع ذلك فكل من الجلد والاغشية المخاطيــة والمنسوج الخلوى والعقد الليمفاوية يظهر تلونا سنجابيا كثير الوضوح أو قليله وقد عبر (فريركس) عن الصفات التشريحية للملانيميا بعبارة وجيزة فقال انه فى الاشكال الواضحة لهذا المرض توجد المادة الجمنتية أيا ماوصل الدم وكلما كانت الاوعية الشعرية دقيقة وتسبب عن ذلك سهولة تشبث التعقدات الجمنتية واحتباسها كان ذلك أكثر وأعظم

(الاعراض والسير)

كثيرا من أحوال الميلانيميا لاينتج عنها اضطراب فى وظائف الاعضاء المشحونة بالمادة الجمنتية ونشاهد فى جثة الهالكين بتغيرات مرضيـة مختلفة فان أكثر من ثلث الاحوال التى شاهـدها (بلانر) كانت من هـذا القبيل ومن جهة أخرى قد يهلك بعض المرضى بسرعة غالبا بظواهر دماغية ثقيلة وعنـد فتح جثتهـم ترى فيهـم علامات الميلانيميا الاسيما تراكم المادة الجمنتية فى الاوعية الدماغيــة وانسكابات دموية صغيرة فى الدماغ فى آن واحد فكل من المشاهـدات المعلومة سابقا من كثرة وجود المادة الجمنتية فى جوهر الدماغ عنـد الاشخاص الهالكين بحميات متقطعة كوماوية والمشاهـدات المفعولة فى البـلاد الحارة جـدا التى اتضح منها التـلون المسمـر للدماغ عنـد الاشخاص الهالكين من الحميات الآجاميــة المترددة الثقيلة بتلك البقاع أهـمية من منذ ما ثبت ان التلون المسمـر للدماغ ناشئ عن تراكم المادة الجمنتية فى أوعيته وصار من القـريب للعقل ان انسداد الاوعية الدماغية (مع تمزق تابعى فى جـدر الاوعيـة الشعرية أو بدونه) هو السبب فى حصول الظواهر الدماغيــة للاصابات الآجامية الثقيـلة ولقد ظهران هذا الرأى القائل به (ميكل) صار ثابتا بالمشاهدات العديدة لكل من (بلانر) و (فريركس) فان كلا من المؤلفين المذكورين شرح أحوالا من الميلانيميا ظهرت فيها عند المرضى اعراض دماغية ثقيلة كالآلام الشديدة فى الرأس والدوار والهذيان والتشنجات ولاسيما الكوما والاحوال التى شاهدها (فريركس) حصلت جميعها فى اثناء تسلطن وباء من الحميات المتقطعة

الخبيثة وأعقبت أحوالا من الحميات المتقطعة البسيطة ثم ظهر فيها سير غير منتظم متقطع أو متردد وشفي بعضها باستعمال المركبات الكينينية فكانت صفتها المرضية كصفة الحميات المتقطعة الكوماوية اوالجنونية أو الصرعية أو السكتية ومع هذا جميعه فهنالك اعتراضات قوية تنافى تعلق الظواهر الدماغية أقله القلق المستمر الملازم لها فى الحميات الآجامية الخبيثة بانسداد الاوعية الدماغية بواسطة المادة الجمنتية فقد ذكر (فوريركس) ما ينافى الارتباط السببي المذكور وهو انه فى كثير من الاحوال لا يمكن اثبات اضطراب دورى عظيم فى الدماغ ولو كان متلونا باللون الاسمر وانه مع وجود هذا التلون كثيرا ما لا تحصل ظواهر دماغية وانه بالجملة كثيرا ما تشاهد ظواهر دماغية ثقيلة بدون ادنى تلون جمنتى فى هذا العضو ففى ٢٨ حالة من الحميات المتقطعة الدماغية التى شاهدها فريركس فقد التلون المسمر للدماغ فى ستة أحوال منها ويظهر لنا انه من الامور المهمة التى تنافى تعلق الاعراض الدماغية المذكورة بالانسداد الجمنتى للاوعية الدماغية هو الطرز النوبى لتلك الاعراض ونجاح معالجتها بالمركبات الكينينية

فيتضح مما ذكر انه لا يمكن قطع الحكم بالنسبة لدرجة معارفنا الطبية والحالة هذه على الارتباط السببي بين الميلانيميا واضطراب الوظائف الدماغية فمن الجائز ان تسمم الدم بالميازما الآجامى فى الحميات المتقطعة الخبيثة ينتج عنه زيادة عن تراكم المادة الجمنتية فى اوعية الدماغ اضطرابات دماغية غير متعلقة به

وفى أحوال أخرى من الميلانيميا قد شاهد كل من (بلانر) و (فريركس) اضطرابا فى وظائف الكليتين فكان افراز البول مفقودا أحيانا وأحيانا ظهر فيها البول الزلالى وأخرى البول الدموى

والاعتراضات التى ذكرت بالنسبة لتعلق الاضطرابات الدماغية بانسداد أوعية هذا العضو تقال أيضا بالنسبة لتعلق وظائف الكليتين بانسداد أوعيتهما وأقله التعلق المستمر الملازم لها فقد شاهد فريركس ظهور البول الزلالى بدون وجود مادة جمنتية فى الكلى كما انه شاهد عكس ذلك اعنى فقد البول الزلالى مع وجود مادة جمنتية فى الكلى ولو بكمية قليلة كما انه اتضح له

عند وجود البول الزلالى ازدياد احتواء البول على المادة الزلالية فى أثناء النوبة الحمية وتناقصه فى أثناء الفترة أو زواله بالكلية وحينئذ لا ينكر ان تسمم الدم بالميازما الآجامى يمكنه احداث اضطراب فى تغذية الكلية ووظيفتها بدون انسداد وعائى كما هو الواقع فيما يماثل هذا المرض من الامراض الميازماتية

وبالجملة فقد شاهد (فريركس) فى الميلانيميا انزفة معدية منهكة واسهالا غزيرا وانسكابا مصليا حارا فى تجويف البريتون وانسكابات دموية فى الطبقة المصلية المعوية ومن البعيد للعقل نسبة تلك الظواهر الى انسداد أوعية الكبد وركود الدم فى جذور الوريد الباب فان الكبد وان كان هو العضو الاكثر احتواء على المادة الجمنتية بعد الطحال طبقا لجميع الاحوال التى شاهدها (فريركس) الا ان هذه الظواهر التى ظهر انها ناتجة عن اضطراب دورى فى جذور الوريد الباب لم تكن قارة ولا كثيرة الحصول كالظواهر الدماغية وزيادة عن ذلك فان الانزفة المعوية التى شاهدها (فريركس) فى ثلاثة أحوال كان فيها تقطع واضح واستعصت على جميع الوسائط العلاجية التى تقاوم بها الانزفة بدون واسطة وزالت باستعمال مقدار عظيم من الكينين ولذا ان (فريركس) ينسب الموت فى أحد الاحوال الثلاثة المذكورة الى الاهمال فى استعمال الكينين

ثم انه بعد ذكر الاعتراضات التى قيل بها بالنسبة لتعلق الاعراض السابق ذكرها بالميلانيميا ونسبتها لها لم يبق علينا الا ذكر قليل من الظواهر التى نعلم مع التأكيد انها متعلقة بالميلانيميا نفسها وليست نتيجة لا واسطة للتسمم الآجامى ومن ذلك التلون المسمر للجلد الناتج عن كثرة تراكم المادة الجمنتية فى اوعيته ووجود المادة الجمنتية فى الدم بواسطة المكروسكوب وتلون الجلد فى الاحوال الخفيفة يكون سنجابيا وسخا واسمر مصفرا فى الاشكال الثقيلة من هذا المرض فان وجود هذا التلون فى شخص كان معتريه منذ زمن كثير الطول أو قليله حمى متقطعة شديدة مستعصية او اتضح ان الحمى المتقطعة التى كانت اعترته حصلت فى زمن تسلطن وبائى خبيث من هذا المرض واكتسبت شكل المتقطعة العصبية جاز الظن القوى بوجود

الميلانيا وجب البحث حينئذ عن الدم بواسطة الميكروسكوب

(المعالجة)

أما الوسايط الواقية والمعالجة السببية لهذا المرض فانها تشتمل على الوسايط التي ذكرناها في المعالجة الواقيـة عند الكلام على معالجة الحميات المتقطعة الخبيثة

واما تمام ماتستدعيه المعالجة المؤسسة على طبيعة الميلانيما فليس لنا قدرة عليـه فاننا لانعرف وسايط علاجيـة بها يمكن تبعيـد المادة الجسمية من الدم

وأما المعالجة العرضية فتستدعي في الاحوال الحديثة استعمال المركبات الحديدية وتدبيرا غذائيا لانقاضات تلاشي الكرات الدموية الحمر وفسادها كما ينتج عنه الميلانيما ينتج عنه أيضا صفة خلوروزية في الدم كما نبه على ذلك (فريركس) وكثيرا ماتفقد الصفة الاخيرة فيما بعد مع بقاء الاولى وقد شاهدت حالة مضى فيها على المريض عدة أشهر حتى عادت له قواه مع استعمال المركبات الحديدية استعمالا مستمرا بحيث أمكنه التصدى لجميع الاشغال الشاقة ولم يبق عنده ادنى تغير سوى التغير الخاص بالجلد وبعد ان هلك بالتهاب رئوى بعد مضى جملة من السنين ظهر في جثته علامات واضحة من الميلانيما

تمت المقالة الثانية بعون الله تعالى ويليها المقالة الثالثة